

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 7026826

申请日期: 2026年 9 月 20 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邱		男	2024年1月			广东省广州市番禺区	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号	是否残疾
	骨髓增生异常综合征伴原始细胞增多		孙逸仙纪念医院	2026年7月29日	30万元 (能另算)		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 4 名;		
	父亲	邱	37	健康		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 50000 元		
	母亲	李	40	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车		
申请救助理由 (请详细描述)	4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明							
	本人系患儿邱的母亲, 患儿现年5岁8个月, 确诊骨髓增生异常综合征伴原始细胞增多 (UBTF-TD 变异, WT1 突变), 多次住院、化疗用药, 拟行造血干细胞移植, 医疗费用十分高昂。家庭经济来源有限, 收入微薄, 为给孩子治疗, 已经支出大额医药费, 家庭经济负担沉重, 生活压力大, 家庭经济困难。现特向贵会申请救助帮扶, 希望能够获得资助, 减轻家庭医疗负担, 保障孩子继续接受治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026 年 9 月 20 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断“骨髓增生异常综合征伴原始细胞增多”, 拟行造血干细胞移植, 预计费用30万元。							
	医师签名: 林钧泽 2026 年 9 月 20 日							
	医院意见 (盖章): 儿科五区							
建议给予医疗救助金 ¥ 5 万 元 (大写: 五 万 一 千 零 一 百 零 一 拾 元 二 角 一 分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 22 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 55,000.00 元 (大写: 五 万 五 千 零 一 百 零 一 拾 元 二 角 一 分) 秘书处 负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 19 日 普及深呼吸共念计划 病童救助专项								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 邱 [模糊] 性别: 男 年龄: 5岁9个月
病种: 骨髓造血异常增生 [模糊] 征伴原始细胞增多 治疗医院: 孙逸仙纪念医院(南院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为邱 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邱 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [模糊]

经办人: 邱 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20日

项目救助款由



哥弟善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名: 性别: 男 年龄: 5岁8月 科室: 儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名: 性别: 男	住院号	出生地: 广东省梅州市丰顺县
年龄: 5岁8月	科室: 儿科五区(过渡区)	
入院时间: 2026-09-16	出院日期: 造血干细胞移植中	
临床诊断: 骨髓增生异常综合征伴原始细胞增多(UBTF-TD变异、WT1突变)		
治疗意见: 行造血干细胞移植		
记录日期: 2026-09-20		医生: 黄科



家庭经济情况证明

兹有我村村民邱 [REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED] 家庭人口共 8 口人，家庭年收入为
50000 元。

其子邱 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 患有
骨髓增生异常综合征 (MDS)，已在中山大学孙逸仙纪念医院
接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本
生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

说明：

- 1、请检查证件日期是否为本年度。
- 2、如：低保证、低收入（低保边缘）证一直未更新日期、
银行流水，佐证目前还申领到每月的低保金。

梅溪村村民委员会

经办人：[REDACTED]

联系电话：[REDACTED]

2026 年 9 月 20 日

