

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026858

申请日期: 2026年 9 月 28 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林	男	2015.03.07		广东省茂名市		
	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
	地中海贫血	广州市妇女儿童医疗中心	2015.07.15	约40万元			☐ 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 55 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 132000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 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		
申请救助理由(请详细描述)	父亲	林	38	良好			
	母亲	郑	36	良好			
<p>患儿林 确诊中间型地中海贫血多年,长期依靠定期输血+祛铁治疗维持生命,已出现脾大、生长发育迟缓等并发症,且患儿年龄已临近造血干细胞移植手术最后期限,目前正在广州市妇女儿童医疗中心进行手术,治疗总费用高昂。家庭经济收入有限,多年治病已耗尽积蓄,并负债累累。特此申请救助基金帮扶,完成手术救治孩子。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026 年 9 月 28 日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 造血干细胞移植 2. 2 年地中海贫血(药物祛铁等) 治疗费用约 50 万						
	医师签名: 2026 年 9 月 28 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元(大写: 肆万 仟 二 佰 拾 元 一 角 一 分) 负责人签名: 2026 年 9 月 27 日						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥25,000.00 元(大写: 贰万 伍 仟 元)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 26 日</p>							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名：林 性别：男 年龄：11
病种：重型地中海贫血 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为林 治疗费用。

受助人（监护人）：林

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：阿依克

电 话：18924052214

日 期：2016年10月27日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：林 性别：男 年龄：11岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：α型地中海贫血

医嘱及建议：患儿诊断明确，于2026.09.15至今在我院珠-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名： /

日期：2026.09.16

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿林 患重度地中海贫血疾病，性别男，
年龄 11 岁，是广东省茂名市信宜合水镇黄沙
小组（居委会），（父亲：林 母亲：郑 村民
（居民）的儿子。

因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿
全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经
济上的爱心资助。

患儿父亲：林

身份证号：

患儿母亲：郑

身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 9 月 28 日

