版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026934　　申请日期：2026年9月18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王[redacted]	男	2019年8月16	[redacted]		河南省郑州市金水区	
	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
	弥漫性胶质瘤	南方医科大学珠江医院	2026.6.12	100多万	[redacted]		☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☐新农合 ____%	☑城镇居民 35-45%	☐商业保险 ____%	☐其他保险 ____%	☐无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	/	/	/	/
母亲	李[redacted]	46	良好	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 7万 元
3、固定资产：1 套房子；0 辆摩托车；0 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）

患儿王[redacted]，7周岁，户籍郑州市金水区。确诊左脑胶质瘤，自2026年6月12日至今医治开支巨大，累计自费医疗费用已达四十余万元。孩子父亲在2026年4月底因为疾病不幸离世，家中失去主要经济来源。孩子经过3次手术、质子放疗，目前需长期服用靶向药物持续控制病情。后续仍需定期复查、用药、住院评估、治疗周期漫长。不再支无奈之下，特向贵公益项目申请大病救助补助，告请机构给予救助，帮助我们

本人保证上述情况完全真实。渡过难关

申请人签名：李[redacted]　2026年9月18日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：

诊断：左丘脑弥漫中线胶质瘤（H3 K28M，BRAF V600E，TP53突变，颅内广泛软脑膜播散）

医师签名：张[redacted]　2026年9月18日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥20000元（大写：贰万零仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：[redacted]　2026年10月19日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥25,000.00元（大写：贰万伍仟元）

负责人签名：林锦泽　2026年11月16日

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：王[illegible]	性别： 男	年龄： 7	
病种：弥漫性肢质瘤	治疗医院： 南方医科大学珠江医院		

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），将作为班[illegible]的治疗费用。

受助人（监护人）：李[illegible]

电　话：[illegible]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[illegible]

电　话：18924052204

日　期：2026年11月17日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：班　　科室：小儿血液科病区　　床号：　　ID号：　　住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年10月19日 出院日期：2026年11月03日

检查结果：

见出院小结

诊断意见：

1.脓毒血症 ；2.左丘脑弥漫中线胶质瘤(H3-3A p.K28M，BRAF pV600E，TP53体系突变，颅内+脊髓播散) ；3.化疗后骨髓抑制 ；4.脑积水 ；5.继发性血小板减少 ；6.低钾血症 ；7.脑室-腹腔分流术后 ；8.运动障碍

处理意见：

定期复查血常规，11-08返院化疗。

医生签名：张丽靓

日期：2026年11月03日

签发单位：（盖章）

情况说明

兹有郑州市金水区　　民李　　女，身份证号码：　　儿子班　　，男，身份证号码：　　患有弥漫性胶质瘤 4 级。孩子确诊重病以来，长期进行住院、检查、放化疗等一系列治疗，医疗开支巨大。孩子父亲已因病去世，现李　　需在佛山工作之余到医院照顾生病的孩子。

郑州市金水区丰庆路街道四月天居委会

2026 年 11 月 16 日

扫描全能王 创建

