

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: 2024569

申请日期: 2024 年 9 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	覃		女	2016.07.07			广东省贵港	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广州南方医科大学珠江医院	2024.03.02	30万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 75 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;		
	父亲	覃	29	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 2 万 元		
	母亲	何	30	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 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）		因2024年3月28日家中大女儿确诊急性淋巴细胞白血病，后续还需要很多资金治疗，因我本人需要全程照顾小孩，家中少了一份劳动力，同时也少了一份收入，家中还有两个年幼的小孩需要读书，故此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2024 年 9 月 27 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性淋巴细胞白血病(高危), 需定期化疗以及复查, 后续费用约10万元。							
	医师签名: 苏晓霞 2024 年 9 月 27 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 9 月 27 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 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 10 月 21 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:	覃	性别:	女	年龄:	8岁
病种:	急性淋巴细胞白血病				
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：人民币贰万伍仟元整），将作为覃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 何

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年10月23日

诊断证明书

姓名：覃

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：2024年09月22日

出院日期：

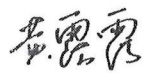
检查结果： -

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，HR，CR）；3. β 型地中海贫血；
4. 化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

医生签名：



日期：2024年09月27日

签发单位：（盖章）



证明

兹证明 覃 (身份证号码: ,
家庭住址: 广西桂平市),
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年06月01日

该证明开具日期为2024年06月26日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	覃		06月	2024年06月01日
2	覃		06月	2024年06月01日
3	覃		06月	2024年06月01日
4	覃		06月	2024年06月01日
5	何		06月	2024年06月01日

木根镇人民政府
2024年06月26日
(服务) 章
2024年 6月26日



