

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:

2024615

申请日期: 2024 年 10 月 24 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2012年11月16日			广东省普宁市	
	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
	急性淋巴细胞白血病	广东省人民医院	8月14日 2024年	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50 %	☐ 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 4 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2万 元 3、固定资产: 0 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
	父亲 陈	41	健康		
	母亲 陈	37	健康		

申请救助理由（请详细描述）

因治疗费用高，家中还有3个子女和2个老人需要赡养，夫妻二人都失业到医院照顾小孩，仅剩的一点存款已经花完，急需社会爱心人士公益组织的救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 陈 2024 年 10 月 24 日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	确诊急性淋巴细胞白血病（B细胞型中危组）化疗 费用约二十万元
	医师签名:	2024 年 10 月 20 日
	医院意见（盖章）:	
建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分）		
负责人签名: 2024 年 月 日		

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名: 2024 年 11 月 11 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: 陈 性别: 男 年龄: 11
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 11 月 12 日

疾病诊断证明书



住院号(门诊号):

姓名： 陈 性别： 男性 年龄： 11岁8月

入院日期: 2024-08-14 出院日期: 2024-09-18

处理意见:

患儿因“发现面色苍白1周，颌下肿物2天”收住院。

诊断:

1. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型; 2. 肿瘤溶解综合征; 3. 化疗后骨髓抑制; 4. 急性上呼吸道感染;
5. 低纤维蛋白原血症

医嘱：

儿童血液肿瘤科随诊，定期返院化疗。



复诊建议:

蕭建偉

日期: 2024年09月18日

注： 1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

普宁市池尾街道山湖村民委员会用笺

联系电话:

NO.0003745

情况说明

兹有本社区居民陈 [REDACTED] 男，2012 年 11 月 16 日出生，
身份证号码: [REDACTED] 户籍地址: 广东省普宁
市 [REDACTED]。该人员患有急性淋巴
细胞白血病——T 细胞型、肺炎、化疗后背髓抑制、低纤维
蛋白原血症及低蛋白血症，目前正在治疗中。家庭人口共 6
人，分别为其

父亲陈 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED])

母亲陈 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED])

胞兄陈 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED])

胞姐陈 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED])

胞妹陈 [REDACTED] (身份证号码: [REDACTED])

陈 [REDACTED]，陈 [REDACTED]，陈 [REDACTED] 现为在校学生。以上家庭人员
均无固定职业，经济收入低，生活困难，情况属实。

复耻



