

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: 2025031

申请日期: 2024年12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	
	黄		男	2021年3月			广东省潮州市潮安区	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2023年2月	10万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 1万 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	黄	34	患病				
	母亲	林	26	良好				
申请救助理由(请详细描述)	孩子确诊白血病, 治疗费用巨大, 花光家里积蓄, 负债累累。父亲患有菱形细胞瘤反复复发, 先后四次大手术。小孩病发后, 父亲放弃治疗又患上腰椎间盘突出, 无法正常生活。母亲在家无工作, 照顾患病的孩子和年幼的妹妹。家庭经济困难, 生活陷入困境, 无法承担巨额治疗费用, 特此申请救助。(目前还欠医院费用) 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年12月24日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前诊断为急性淋巴细胞白血病, 后续需定期化疗及输血, 口服化疗药物。 预计总费用10万元。 医师签名: 蔡 2024年12月10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: 林 2024年1月2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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林 2025年 1 月 2 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：黃 性别：男 年龄：3
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），将作为黄 的治疗费用。

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：周其明

电 话：13822279353

日 期：2015年1月21日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：黄

科室：小儿血液科病区

床号：97

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年12月13日

出院日期：

检查结果：结果未回。

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗后的随诊检查；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，NRAS，GNB1，中危）；3. 培门冬酶过敏

处理意见：住院治疗。

医生签名：

日期：2024年12月13日

签发单位：（盖章）



核发单位: 潮安区民政局

发证日期: 2023-5-4

户主姓名: 林

身份证号码:

低保证编号: 44512

户主姓名	林	性别	女性
出生年月	1998/5/18	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	3人
居住地址	广东省潮州市潮安区龙		
户籍地址	广东省潮州市潮安区龙		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	林	本人	65元
	林	子	0元
	林	子	0元

家庭成员照片



姓名: 林



姓名:



姓名:

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名:

