

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: 2025134

申请日期: 2025 年 2 月 20 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	男	男	2011年10月20日		广东中山		
	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
	慢性粒细胞白血病 重型水痘	广东儿童医院中心	2025-2-8	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 _____%	☒ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>100000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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	男	健康		
	母亲	女	健康		

申请救助理由(请详细描述):

男, 2011年10月20日出生, 2月5日因医院无法诊断病因, 转院到中山市博爱医院ICU, 确诊为慢性粒细胞白血病重型水痘, 因病情无法控制, 急剧恶化, 于2月8日转至广东省妇女儿童医院治疗, 该病仍在ICU, 中山医院花费约8000元左右, 广东妇女儿童医院治疗费约142000元。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 易 2025 年 2 月 20 日

医院填写

疾病诊断及治疗(费用):

1. 慢性粒细胞白血病 2. 水痘 3. 水痘伴发其他并发症
 4. 慢性粒细胞白血病 5. 呼吸衰竭 6. 营养不良 7. 多脏器衰竭(呼吸、循环、肝肾、胃、肠、血液、内分泌) 8. 多脏器衰竭(呼吸、循环、肝肾、胃、肠、血液、内分泌) 预计30万元

医师签名: 陈星 2025 年 2 月 20 日

医院意见(盖章):

建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰 万 零 拾 元 零 角 零 分)

负责人签名: 何瑞霞 2025 年 2 月 27 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 零 拾 元 零 角 零 分)

负责人签名: 林锦河 2025 年 3 月 17 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: 易 [模糊] 性别: 男 年龄: 13岁
病种: 白血病、水痘等. 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为易 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 易 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年3月19日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 易 性别: 男 年龄: 13岁 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 脓毒血症 2. 休克 3. 水痘伴有其他并发症 4. 慢性粒细胞性白血病 (BCR::ABL1 P210 (+)、WT1过表达) 5. 呼吸衰竭 6. 重症肺炎 7. 多脏器损伤 (呼吸、循环、肝肾、胃肠、血液、凝血) 8. 多浆膜腔积液 (胸腔、腹腔、心包积液)

医嘱及建议: 患儿2025-02-08至今在我院儿童重症监护室治疗。

医师签名: 李潇男 
日期: 2025-02-26 17:12:53



- 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

兹有患儿易，患白血病疾病，性别男，年龄13岁，是广东省(区、市)中山市(州)____县(区)____乡镇(街道)____村民小组(居委会)，(父亲：易 母亲：胡)村民(居民)的儿子/女儿。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：易 身份证号

患儿母亲：胡 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2025年2月20日

居民委员会

