

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:

2025143

申请日期: 2025 年 3 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	方		男	2014.06.09			广东省惠州市	
	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		南方医科大学珠江医院	2023年6月	80万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 90 %	☐ 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） 10000 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	方	34岁	健康				
	母亲	高	31岁	精神分裂				
申请救助理由（请详细描述）		孩子2023年确诊急性淋巴细胞白血病，治疗后复发两次，孩子母亲期间也患了精神分裂，每天吃药维持。家里还有一个孩子读书，老人需要赡养，孩子父亲在医院照顾孩子，家里已经完全没有经济来源，之前自己花了好几万，大部份都是借的。现在需要做化疗治疗移植，费用高昂，负债累累的我们无法承担后续费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 方 2025 年 03 月 07 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:		患儿诊断为急性淋巴细胞白血病，化疗后复发两次（骨髓+中枢），拟行造血干细胞移植，预估费用20-50万元。					
	医师签名:		2025 年 3 月 7 日					
	医院意见（盖章）:		建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万零仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 2025 年 3 月 12 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 2025 年 3 月 24 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：方[模糊] 性别：男 年龄：11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 转院到：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 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为方[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）：方[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：周其响
电 话：13822279353
日 期：2015年3月26日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：方 科室：小儿肿瘤科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿肿瘤科病区	入院日期：2025年03月06日
检查结果： 急性淋巴细胞白血病治疗后：现骨髓增生活跃，原幼稚淋巴细胞占17.0%。	
诊断意见：1、急性淋巴细胞白血病（T细胞型，KRAS+、FBXW7+、CDKN2A/B基因拷贝，二次复发） 2、中枢神经系统白血病复发	
处理意见：住院治疗。	
医生签名：兰和则	
日期：2025年03月07日	

签发单位：（盖章）

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：方 性别：男 年龄：10岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号： 住院号：

诊断：

急性淋巴细胞白血病(T细胞型, 复发)

医嘱及建议：

患儿于2023.03.24至今在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：张明/许斌/廖紫

日期：2025-03-25 16:36:14



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。



核发单位: 郑州市惠城区政府
 发证日期: 2024年10月8日
 户主姓名: 高
 身份证号码: [REDACTED]
 低保编号: [REDACTED]

户主姓名	<u>高</u>	性别	<u>女</u>
出生年月	<u>1994年8月</u>	民族	<u>汉</u>
社保卡 (医保卡) 号码	<u>[REDACTED]</u>	家庭人口	<u>3</u>
居住地址	<u>[REDACTED]</u>		
户籍地址	<u>[REDACTED]</u>		
低保资金 发放账号	<u>[REDACTED]</u>		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	<u>方</u>	<u>儿媳</u>	
	<u>方</u>	<u>女儿</u>	

家庭成员照片




姓名: <u>方</u>	姓名: <u>方</u>
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:



2025/03/07 11:33
广州市海珠区