

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:

2025165

申请日期: 2025年3月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	谢		女	2018年3月20日			广东省阳春市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2024年8月5日	20-30万元		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
			是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:				
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 1-3万元; 3、固定资产: 1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	46	健康				
医院填写	母亲	45	健康				
	自从小女儿谢 确诊了白血病,她爸爸在医院照顾她没有工作!我有在工厂上班,但工资很低!面对女儿的病情,现家庭压力非常沉重!大女儿今年6月份高考读书负担重,还有一个2女儿读五年级,小女儿白血病治疗费用借了好多钱,现在实在负担不起了!很不幸今天家里人打电话跟我说我爸爸检查出肺肿瘤,感觉天要塌下来了!治疗费用庞大,压力沉重啊!现在雪上加霜,负债累累!无能为力负担医药费了,希望公益恤孤可以救助一下困难家庭,本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2025年3月25日 谢谢!						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 是于2024年8月入院确诊“急性淋巴细胞白血病（B细胞型，髓系）”于我院化疗，大约需治疗费用20-30万元。 医师签名: 朱光伟 2025年3月25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: 2025年3月25日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5000.00 元（大写: 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025年3月25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：谢[模糊] 性别：女 年龄：7岁
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广州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 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为谢[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）：罗[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：1382279353

日 期：2015年4月8日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：谢 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02月21日

出院日期：2025年02月24日

检查结果：-

诊断意见：

1. 感染性发热；2. 化疗后骨髓抑制；3. 急性淋巴细胞白血病（Common-B，超二倍体，PTPN11基因突变，IR，CR）；4. 中枢神经系统白血病

处理意见：住院治疗。

医生签名：兰和魁

日期：2025年02月24日

签发单位：（盖章）



家庭困难证明

兹有我村村民谢 女，身份证号码：

在南方医科大学珠江医院确诊为急性淋巴细胞白血病。该孩子父母在外务工，全年家庭收入微薄，无力支持其昂贵的医疗费用。经村委员会核实，该户确属比较贫困家庭。

特此证明

阳春市圭岗镇那垌村民委员会

2025年2月21日



