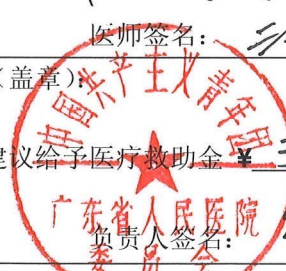
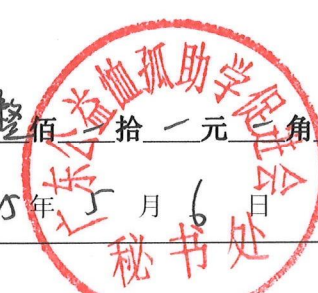


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025211

申请日期: 2025 年 4 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		男	2021年4月			广东汕头	
	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		广东省人民医院惠福分院	2025.02.02	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 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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			
	父亲	吴	35	健康				
	母亲	吴	33	健康				
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>6000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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								
申请救助理由（请详细描述） 由于吴 患有白血病需住院治疗，故其母亲吴 需留院陪护，无经济来源收入，而我本人则在医院附近租房负责一家子一日饮食及一些杂事无法上班，亦无收入来源。我老家还有年迈的父母，父亲亦有残疾需家人照顾，大儿子尚小仍需照顾，故本人母亲也无法来我这边帮忙。自吴 患病至今已花费10万有余，且由于我本人及母亲无法工作，家庭完全没了收入，生活困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2025 年 4 月 10 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）讨论费 费用约203元。 医师签名: 潘建伟 2025 年 4 月 11 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） 广东省人民医院 负责人签名: 2025 年 4 月 11 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15000.00 元（大写: 壹万 伍 仟 整 佰 一 拾 一 元 二 角 一 分） 负责人签名: 柯锦萍 2025 年 5 月 6 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：吳 性别：男 年龄：4
病种：急性B淋巴细胞白血病 治疗医院：广东省人民医院惠福分院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元整），将作为吴 的治疗费用。

受助人（监护人）：吳

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5月7日



疾病诊断证明书

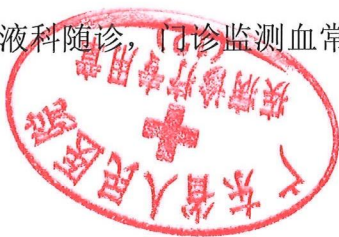
科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 吴 性别： 男性 年龄： 3岁11月 住院号(门诊号)：
入院日期： 2025-03-17 出院日期： 2025-04-08
处理意见：
确诊急性白血病1月余，复治。

诊断：

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 化疗后骨髓抑制；3. 药物性肝损害；4. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型 中危组；5. 口腔炎

医嘱：

儿童血液科随诊，门诊监测血常规，有不适随诊。择期返院化疗。



复诊建议：

医师：

潘建伟

日期：

2025年04月08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

广 东 省
汕头市潮南区峡山街道泗联社区居民委员会

证明

广东省人民医院惠福分院：

兹有我居委大潮村村民吴 [REDACTED]，男，身份证号码：

[REDACTED] 因患有白血病在医院接受治疗，其母亲目前专门陪护，无经济来源收入，其父亲在医院附近租房料理日常闲杂及母子二人一日三餐故无法上班，亦无收入来源，老家还有年迈的祖父母，其祖父本身亦有残疾，日常需家人照料，故其祖母也无法照拂一二。现阶段因吴 [REDACTED] 有大病导致家庭经济负担较大，生活困难，情况属实，望贵院予以扶持。

特此证明！

泗联社区居民委员会

2025年4月9日



