

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: 2025282

申请日期: 2025年 5月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	温		女	2022.09.25			广东省普宁市高埔镇	
	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
	急性淋巴白血病		珠江医院	2025.2.12	40万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 58%	☐ 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;		
	父亲	温	37	是		2、家庭年收入（不含政府补贴） 43元		
	母亲	赖	32	是		3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小汽车		
						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）		我们生活在农村,家庭条件并不富裕,夫妻两个都在医院照顾大的小孩,还有个小的才6个月大,需要奶粉和纸尿裤,加上大的小孩得了白血病,要长期的吃药治疗,需要大量的钱,家里完全没有收入,只能跟亲戚朋友借,还远远不够,在医院看到有援助申请,所以向恤孤救助项目申请一个名额,希望能帮到我的小孩,谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 温 2025年 5月26日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性淋巴白血病（B细胞型，中危），后续化疗费用约二十五万元							
	医师签名: 兰引 2025年 5月26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 5月20日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）								
负责人签名: 2025年 6月 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: 溫 性别: 女 年龄: 2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

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), 将作为溫 的治疗费用。

受助人 (监护人): 溫

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: 2025年6月10日

普宁市高埔镇山下村村民委员会

证明

兹有本村村民，温 [REDACTED] 男，身份证号：[REDACTED]

女儿温 [REDACTED] 女，身份证号：[REDACTED]

[REDACTED] 经医院确诊患有白血病，目前在医院治疗，
治疗期间约需要40万以上。现在其父母亲都在医院照顾
小孩，平时靠打工维持家庭生活，没有其他经济来源。
经济压力大，希望社会各界给予帮扶为盼。情况属实。

特此证明



南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：温 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年05月10日 出院日期：2025年05月28日
检查结果： -	
诊断意见： 1. 脓毒血症；2. 急性淋巴细胞白血病化疗；3. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型，IR，CR，PAX5-ZCCHC7)；4. 肺部真菌感染；5. 葡萄糖6-磷酸脱氢酶[G6PD]缺乏；6. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。	
医生签名： 吴莉	
日期：2025年05月28日	

签发单位：（盖章）



