

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: 2025295

申请日期: 2025 年 5 月 21 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	吕	男	2021.9.24		湖南		
	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	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2024.12.28	25~35万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>三</u> 名;		
	父亲 吕	34	体健		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3~5万</u> 元		
	母亲 杨	35	体健		3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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）	我们养育着三个孩子，患儿是我们的第三个儿子。孩子没有稳定的工作，前10年出严重交通事故，身体多处手术治疗，伤残鉴定为“十”级，同时患腰椎间盘突出和强直性脊柱炎多年。我无业带孩子，爷爷、奶奶、长年身体不好需要长期吃药，一直没有经济来源，患儿的两位哥哥都在上学，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2025 年 5 月 21 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:		患儿诊断急性淋巴细胞白血病（B细胞，低危），予CCCG-ALL-2020方案化疗，疗程约2年，期间需定期返院化疗，总费用约25~35万左右				
	医师签名: 杨		2025 年 5 月 21 日				
	医院意见（盖章）:		建议给予医疗救助金 <u>¥20000</u> 元（大写: <u>贰万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025 年 6 月 3 日				
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥25,000.00</u> 元（大写: <u>贰万五千</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 6 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:	呂	性别:	男	年龄:	3岁
病种:	急性白血病	治疗医院:	广州市妇女儿童中心(增城院区)		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为吕 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

周其琳

电 话: 18924052214

日 期: 2015年6月19日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：吕 性别：男 年龄：3岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 肿瘤免疫治疗 2. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型，ZMIZ1-ABL1，低危)

医嘱及建议：患儿于2025. 03. 25-2025. 05-03在我院血液肿瘤科（增）住院治疗。

医师签名：//甘文婷/陈泳霖/周彤
日期：2025. 05. 03

- 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。



户主姓名	吕		
性别	男	保障金额	
身份证号			
保障类别	低保 ☒	兜底脱贫 ☐	
户籍地址	湖南省长沙市湘潭县		
居住地址			
保障的家庭成员	姓名	性别	与户主关系
	身份证号码		

2

证书编号: _____

经审核，你家庭符合农村居民最低生活保障有关法律法规规定，同意享受最低生活保障待遇，特发此证。

常宁市城乡社会救助服务中心（盖章）

2025年4月20日

