

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: 2025297

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	
	陈		男	2008.02.27			普宁市占陇镇	
	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
	急性淋巴细胞白血病-T		广东省人民医院	2024.8.	30 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 2 名;		
	父亲	陈	44	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 32000 元		
	母亲	赖	42	良好		3、固定资产: 无套房子; 1 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		
申请救助理由（请详细描述）		患儿母亲自患儿住院以来, 全程停工在医院照顾患儿, 配合院方治疗, 没有任何经济收入, 家庭目前仅靠父亲的微薄收入维持生活, 经济收入骤减, 经济较为困难, 特此申请资助, 望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 5 月 21 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿经骨髓穿刺检查, 诊断为“急性淋巴细胞白血病（T 细胞型, 复发）, 中枢神经系统白血病”在我院化疗治疗, 预计费用 30 万元人民币左右。 医师签名: 赖 2025 年 5 月 21 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: 赖 2025 年 5 月 21 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: 赖 2025 年 6 月 16 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: 陈 性别: 男 年龄: 17岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赖

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: 18924052214

日 期: 2015年6月19日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 陈 性别： 男性 年龄： 17岁 住院号(门诊号)：
入院日期： 2025-04-07 出院日期： 2025-04-27

处理意见：

患儿诊断“1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——T细胞型，复发；3. 中枢神经系统白血病；4. 小脑炎；5. 急性胃肠炎；6. 化疗后骨髓抑制；7. 低蛋白血症；8. 口腔炎”在我院住院治疗。



诊断：

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——T细胞型，复发；3. 中枢神经系统白血病；4. 小脑炎；5. 急性胃肠炎；6. 化疗后骨髓抑制；7. 低蛋白血症；8. 口腔炎

医嘱：

儿童血液肿瘤科随诊，监测血常规的变化，5月5日入院拟复查骨髓情况，并行进一步行Block-II方案化疗治疗，联系电话：020

复诊建议：

医师： 李永康

日期： 2025年04月27日

- 注：
1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，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

普 宁 市
占陇镇交丙坛村民委员会用笺

情况说明

兹有我村村民陈[REDACTED]，男，身份证号码[REDACTED]。
该员2024年8月在广州医科大学附属肿瘤医院确诊急性淋巴细胞白血病，病情严重，母亲赖[REDACTED]身份证号码[REDACTED]。
自去年孩子陈[REDACTED]确诊后在医院照料至今，父亲陈[REDACTED]，身份证号码[REDACTED]，在村内工厂务工，月收入低，家中还有奶奶和姐姐（在读）需要照顾，现阶段因白血病治疗时间长，费用大，已无法承担高额医疗费用，基本生活陷入困境。

以上情况属实，特此说明



