

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: 2025319

申请日期: 2025年 6月 1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	罗		女	2010.4			广东河源
	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		中山大学附属第一医院	2025.3.26	50万元		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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	罗	40	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000. 元	
	母亲	李	40	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车	
申请救助理由(请详细描述)	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						
	爸爸务工, 女儿2025年3月26日确诊急性淋巴细胞白血病, 需进行化疗及靶向药物治疗, 预估费用50万元. 家庭年收入仅6万元, 妈妈无工作, 全程在住院医院照顾. 还有1个儿子读高中, 每月固定支出3000元. 且家庭经济压力大, 无力承担后续的治疗费用, 恳请贵机构给予医疗救助, 帮助我们早日凑齐后续20支化疗的费用, 以便降低此病的复发率, 更快地恢复健康, 重新拥有美好的生活. 衷心感谢本人保证上述情况完全真实.						
医院填写	申请救助理由(请详细描述)						
	疾病诊断及治疗(费用): 诊断急性淋巴细胞白血病, 目前该病在市中, 在按规范治疗, 预估费用50万元.						
	医师签名: 2025年 6月 1日						
医院意见(盖章): 情况属实, 请予以救助为盼.							
建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 圆 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 2025年 6月 6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 圆 零 拾 零 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 2025年 6月 30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: 罗 性别: 女 年龄: 15
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院.

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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

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: 2025年 7月 1 日



中山大學 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：罗

科别：儿科二科

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：罗 性别：女 年龄：14岁 出院科别：儿科二科 住院号：

入院日期：2025年03月25日 出院日期：2025年03月30日

出院诊断：1. 急性淋巴细胞白血病，BIII, 2. 上呼吸道感染, 3. 维生素D缺乏症, 4. 中枢神经系统诊断性影像检查的其他异常所见(胸椎椎管内脊髓后方多发结节状异常信号), 5. 鼻窦炎, 6. 颈椎间盘变性

入院情况及诊疗经过：详见出院小结。

医师：王丽娜 / 吴南光
2025年03月28日



河源市源城区
东埔街道办事处

地址：河源市

永祥社区居民委员会

电话：

证 明

兹有我社区河源市源城区东江湾 居民
罗 男，身份证号码： 联系电话：
，其女儿罗 ，女，身份证号码：
患有急性淋巴细胞白血病，因家庭陷
入困境，经济十分困难，望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明！

永祥社区居民委员会

2025年6月2日



