

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: 2025330

申请日期: 2025 年 6 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	方		男	2019.07.27			广东省普宁市		
	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	
	白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.2.11	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 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	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名;				
	父亲	方	31	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 2 万 元			
	母亲	钟	27	健康		3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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）	因为 2025年02月11日确诊急性髓系白血病,父母双方需住院照顾孩子无法正常工作,现在因做造血干细胞移植费用巨大,故向此公益项目申请资金救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟 2025年 6 月 18 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性髓系白血病, 拟行异体造血干细胞移植, 预计费用约 30 万元。 医师签名: 林伟芳 2025 年 6 月 18 日								
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰 万 零 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 林伟芳 2025 年 6 月 25 日								
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰 万 零 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 梁栋树 2025 年 7 月 7 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: 古 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 急性骨髓系白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元
(大写: 人民币贰万元整), 将作为古 的治疗费用。

受助人 (监护人): 古

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 7月8日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:古 性别:男 年龄:5岁10月27天 科室:儿科五区(层流室) 床号 住院号

姓名:古	住院号:	出生地:广东省惠州市惠东县(区)
性别:男	年龄:5岁10月27天	科室:儿科五区(层流室)
入院日期:2025-06-23 08:58		出院日期:造血干细胞移植中
临床诊断:急性髓系白血病(M4b, HR, CR1, NUP98::TOP1融合, NRAS、WT1、KRAS突变, WT1过表达)		
治疗意见:造血干细胞移植		
记录日期:2025-07-04 17:40		医生: 儿科五区

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）（法定监护人姓名），占
身份证号 家庭住址广东省普宁市船埔镇，
其子/女占 申请救助儿童姓名），身份证号
患有 白血病 疾病，已在 中山大学孙逸仙纪念医院 医院接受治疗。
因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会所在地：广东 省（区、市）揭阳市 普宁县（市、区）
船埔 乡镇（街道）

村（居）委会经办人签字：占

联系电话：

（盖章）

2025年 6 月 16 日

