

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: 2025350

申请日期: 2025 年 3 月 9 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何		男	2020.7.25			广东	
	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		广州中山大学附属第一医院	2025.1.23	50 万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 66 %	☐ 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			
	父亲	何	33	良				
	母亲	梁	32	良				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>2 万</u> 元 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): 我家中有 5 口人, 父母年纪已大, 家庭主要收入来源是靠我夫妻在外打工维持, 母亲患有新发胃癌, 长年吃药, 患有高血压, 轻度脑梗, 现儿子何又患急性淋巴细胞白血病, 现住院治疗, 费用高昂, 本人实在没法承担, 要照顾儿子住院无收入来源, 盼能得到此助学金帮助度过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025 年 3 月 9 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 血 (危急) 需化疗, 费用约 20-30 万。 医师签名: 2025 年 2 月 28 日							
	医院意见 (盖章): 情况属实, 请予资助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 圆 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025 年 3 月 10 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 7 月 10 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:	何	性别:	男	年龄:	4岁
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州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），将作为何 的治疗费用。

受助人（监护人）: 何

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年7月15日



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

姓名: 何

科别: 儿科二科

床号

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 何

性别: 男

年龄: 4岁

出院科别: 儿科二科

住院号:

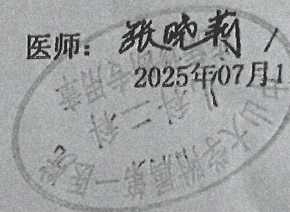
入院日期: 2025年07月11日 出院日期: 2025年07月11日

出院诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 2. 急性淋巴细胞白血病, BIII(低危, 缓解期)

入院情况及诊疗经过: 患儿因“确诊急性淋巴细胞白血病5月余, 返院治疗”入院, 余详见出院记录。

医师: 张晚莉 / 国颖

2025年07月11日



雷州市纪家镇公益村民委员会

证 明

兹有我村委会村民后排北村何 男，身份证号：

居住雷州市纪家镇，家

庭人口 5 人，母亲邓 自新冠后遗症长年吃药，现儿子何

患白血病，现在广州市医院住院治疗，致家庭生活困难，

望给予帮扶为盼。

特此证明！

公益村民委员会

2025 年 1 月 26 日



