

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: 2025360

申请日期: 2025 年 7 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2020.05.14			广东省陆丰市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		中山大学附属第一医院	2025.03.28	35万			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:
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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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		
	父亲	周	31	是				
	母亲	刘	34	孕 3 月				
申请救助理由（请详细描述）	患者周 今年 5 岁，确诊急性淋巴细胞白血病，在广州中山大学附属第一医院治疗。因小孩还小，需要一个陪护，父亲在医院陪护，母亲怀孕 4 个月，无收入来源，家庭已符合低保困难家庭，望基金会领导，审查审批，予以救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2025 年 7 月 14 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴细胞白血病，住院化 疗中，预计总费用 20 万元。 医师签名: 2025 年 7 月 14 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 <u>30000</u> 元（大写: 叁万 仟 元 整） 负责人签名: 2025 年 7 月 14 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>15,000.00</u> 元（大写: 壹万 伍仟 元 整） 负责人签名: 2025 年 7 月 14 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: 周	性别: 男	年龄: 5岁
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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

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 22日



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

姓名：周

科别：急诊观察区

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名：周 性别：男 年龄：5岁 出院科别：急诊观察区 住院号：

入院日期：2025年06月06日 出院日期：2025年06月07日

出院诊断：1. 化疗后骨髓抑制, 2. 急性淋巴细胞白血病

入院情况及诊疗经过：患儿确诊急性淋巴细胞白血病2月余，现第二轮CAMd7，查血WBC $0.94 \times 10^9/L$ ，N $0.44 \times 10^9/L$ ，L $0.48 \times 10^9/L$ ，Hb 46g/L，PLT $120 \times 10^9/L$ ，拟入院输注红细胞悬液。完善输血前检查，输注B型Rh(+)红细胞悬液1.5U，过程顺利，今晨复查血CRP 0.53mg/L，WBC $1.00 \times 10^9/L$ ，NEUT $0.35 \times 10^9/L$ ，LY $0.63 \times 10^9/L$ ，Hb 93g/L，PLT $123 \times 10^9/L$ ，请示上级医师后予出院。

医师：

胡艺馨
2025年06月07日

情况说明

兹有我属常住居民周[REDACTED]，身份证号
[REDACTED]，户籍陆丰市东海镇[REDACTED]
[REDACTED]，在本辖区居住五年以上，现因其儿子周[REDACTED]，身份证号
[REDACTED]，不幸得白血病，长期靠周[REDACTED]打工支撑
家庭经济比较困难，情况属实，请相关机构给予大力支持。

凤苑社区居民委员会

2025年4月10日



