版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2025369　　申请日期：2025年7月5日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王	女	2017.10			东莞	
	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	南方医科大学珠江医院	2025.2.21	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 105 %	□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
	父亲 黎	39	良好	
	母亲 王	36	良好	

1、抚养18岁以下儿童2名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）7万元
3、固定资产：0套房子；0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）

女儿王 于2025年2月21日确诊急性淋巴细胞白血病，在南方医科大学珠江医院治疗。治疗费用高昂，家庭年收入仅7万元，无力承担后续费用。孩子坚强抗病，我们盼爱心救助，让她继续治疗，铭记善意，愿未来传递这份爱。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：黎　　2025年7月5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，为高危型白血病，现化疗治疗，仍需费用约20万元。

医师签名：李炳华　　2025年7月7日

医院意见（盖章）：南方医科大学珠江医院

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：[illegible]　　2025年7月8日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写：壹万零仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：[illegible]　　2025年7月11日

广东公益恤孤助学促进会 秘书处

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：王	性别：女	年龄：7
病种：急性淋巴细胞白血病	治疗医院：南方医科大学珠江医院	

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），将作为王 的治疗费用。

受助人（监护人）：王

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电　话：

经办人：周某羽

电　话：18924052214

日　期：2015 年 7 月 23 日

南 方 医 科 大 学 珠 江 医 院

诊 断 证 明 书

姓名：王 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年02月21日 出院日期：

检查结果：

诊断意见：急性淋巴细胞白血病

处理意见：住院治疗

医生签名：林月娜

日期：2025年02月22日

签发单位：（盖章）

证 明

兹有我村村民，黎[redacted]（性别：男，身份证号码：[redacted]）与王[redacted]（性别：女，身份证号码：[redacted] 户籍地址：四川省剑阁县）于2024年5月7日登记结婚。夫妻二人育有一女一儿，女儿王[redacted]（性别：女，身份证号码：[redacted]），儿子黎[redacted]（性别：男，身份证号码：[redacted]）。

因女儿王[redacted]患有急性淋巴细胞白血病，在广东南方医科大学珠江医院治疗，需要妻子全天照顾，仅靠本人每月约6000元的工资维持一家四口的生活，因女儿需要大额治疗费用，现经济陷入困难。

特此证明!

东莞市沙田镇义沙村村民委员会

2025年6月17日