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：2025371　　申请日期：2025年7月3日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟	女	2023年7月			广东高州	
	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
	急性髓系白血病	珠江医院	2025年6月18日	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 70 %	☐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 钟	24	健康		1、抚养18岁以下儿童 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 10000 元 3、固定资产：0 套房子；1 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
	母亲 高	20	健康		

申请救助理由（请详细描述）

小孩确诊急性骨髓白血病，需要大量医疗费用，导致家庭经济困难。目前只有爸爸一人有收入，需要抚养一个10个月的弟弟，家庭总支出过大。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：高　　2025年7月3日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：诊断AML，化疗后择期移植，预计费用50万

医师签名：　　2025年7月7日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写：伍万零仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：　　2025年7月8日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写：壹万伍仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：　　2025年7月21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：钟[redacted]	性别：女	年龄：2岁	
病种：急性髓系白血病	治疗医院：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），将作为钟[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：[redacted]

电　话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：周基明

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：钟[redacted]　科室：小儿血液科病区　床号：[redacted]　ID号：[redacted]　住院号：[redacted]

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年06月19日 出院日期：继续住院治疗

检查结果：

2025-05-15行骨髓穿刺术，骨髓涂片细胞学检验：可见76.5%原始及幼稚单核细胞，考虑急性髓系白血病（AML-M5）。

诊断意见：

1.急性髓系白血病化学治疗 ；2.急性髓系白血病（M5，NIPBL-HOXB9，GNAQ-NIPBL） ；3.化疗后骨髓抑制 ；4.地中海贫血

处理意见：

继续住院治疗。

医生签名：林丹娜

日期：2025年06月20日

签发单位：（盖章）

低收入证明

兹我村村民：钟[redacted] 性别：女，民族：汉族，身份证号码：[redacted] 户籍地址：广东省高州市东岸镇大潮[redacted] 现居住地址：广东省广州市海珠区[redacted]，家庭共 8 人，2 人有收入，需要抚养两位老人和两位小孩，年总收入：20000 元，人均月收入：800 元，属于农村低收入家庭。

特此证明

大潮村委会

2025 年 7 月 3 日