

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: 2015373

申请日期: 2025年7月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2021.01			广东省广州市增城区	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2024.01.20	400000			
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 80 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:					
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元 3、固定资产： / 套房子； / 辆摩托车； / 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	陈	39	良好				
		母亲	袁	29	良好			
孩子不幸患上白血病，目前正在接受长期治疗。不仅需要支付高额的医疗费用，如药品费、化疗费等，还需要长期的康复护理费用。家中为治病已耗尽所有积蓄，还背负了大量外债，后续治疗费用实在无力承担，家庭经济陷入极度困难，恳请给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 袁 2025年7月10日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 陈 诊断急性淋巴细胞白血病（HL），治疗费用约200元。							
	医师签名: 冯 2025年7月10日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 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 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025年7月24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: 陈	性别: 男	年龄: 4
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), 将作为随 的治疗费用。

受助人 (监护人): 袁

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 23 日

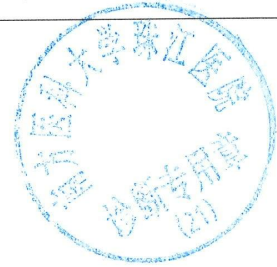
南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：陈 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06月29日 出院日期：2025年07月03日
检查结果： 详见出院小结。 诊断意见： 1. 脓毒血症；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，CREBBP，IKZF1变异、缺失，IR，CR）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 转氨酶升高；5. 胃肠功能紊乱 处理意见： 住院治疗。 医生签名：黄露霞 日期：2025年07月03日	

签发单位：（盖章）



附件 2

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）陈（法定监护人姓名），身份证号 ，家庭住址广东省广州市增城区，家庭人口共4人，家庭年收入为40000元。其子/女陈（申请救助儿童姓名），身份证号 ，患有急性淋巴细胞白血病疾病，已在南方医科大学珠江医院（医院名称）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，特此说明。

村（居）委会所在地：广东广州省（区、市）
市（州）增城县（市、区）仙村乡镇（街道）。

村（居）委会经办人签字：陈

联系电话：

（盖章）

2025 年 7 月 7 日

