

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: 2025386

申请日期: 2025年7月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		男	2021.06.11			广东省德庆县	
	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	2025.06.10	30万			☐ 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 50_%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	刘	31	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>6万</u> 元		
	母亲	何	32	慢性乙肝病毒携带者		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		
申请救助理由（请详细描述）		患儿现在主要进行化疗为给患儿治病家里积蓄已用完、还有1岁女儿需抚养、治疗费靠亲朋好友支持、现在只有患儿父亲、大工作家庭经济困难、所以申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025年7月21日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病, 后续需规律化疗, 治疗费用约需20万左右							
	医师签名:		赖为基 2025年7月20日					
	医院意见（盖章）:							
		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: 2025年7月21日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
		同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）						
		负责人签名: 2025年 月 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:	刘	性别:	男	年龄:	4
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为刘 的治疗费用。

受助人（监护人）: 刘

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: 18924522114

日 期: 2015年7月29日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：刘 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09日 出院日期：
检查结果： 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病 处理意见：住院治疗 医生签名：赖肖蓉 日期：2025年06月11日	

签发单位：（盖章）



证明

兹有德庆县莫村镇平岗村委会 村民:刘 男 4 岁, 身份证号码 确诊急性白血病, 现在在广州南方医科大学珠江医院就診治疗, 该病需要大额治疗费用, 需要父母照料, 家庭没有经济收入来源, 属于我村一般贫困户。

特此证明



经办人: 李

电话:

2025 年 7 月 14 日

