

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: 2025385

申请日期: 2025年7月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谭		女	2021.3.5			广东省陈闻县	
	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	2024.12.23	20万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 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			
	父亲	谭	36	健康				
	母亲	李	31	健康				
1、抚养18岁以下儿童____名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病, 规律化疗, 家庭收入来源及靠孩子爸爸一个人打工维持生计, 月收入约4000元, 养全家, 家里还有两年高老人, 孩子爷爷前年确诊脑梗, 压力无比大, 病不欲生, 借遍亲戚, 卖光家值钱的东西, 耗尽积蓄, 恳请帮助助力重返社会。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025年7月19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, 规律化疗, 治疗费用总计约20万元。 医师签名: 李 2025年7月21日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3000.00 元 (大写: 叁仟零元零角零分) 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 ¥ 15000.00 元 (大写: 壹万伍仟零元零角零分) 负责人签名: 2025年7月28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: 譚 性别: 女 年龄: 4岁
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), 将作为谭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

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29日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：谭 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04月20日 出院日期：2025年04月24日
检查结果：详见出院小结。	
诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，KRAS，IR，CR）；3. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。	
医生签名： 日期：2025年04月24日	

签发单位：(盖章)
诊断专用章
(40)

证 明

兹有湛江市徐闻县龙尾管区居民，谭[REDACTED]，男，身份证[REDACTED]，女儿，谭[REDACTED]女，身份证号码：

[REDACTED]女儿在 2024.12 月检查出急性淋巴细胞白血病，在广州南方医科大学珠江医院治疗谭[REDACTED]在外地打工，妻子在家带小孩，家庭收入少，无固定收入，加上住院治疗费用巨大，现家庭经济陷入困难望社会各界给予支持和帮助。

特此证明

2025 年 7 月 18 日



