

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: 2025431

申请日期: 2025年7月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2022.02.26			广东汕头	
	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		广东人民医院	2025年4月15号	25-30万			☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;		
	父亲	黄	36	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000 元		
	母亲	黄	32	健康		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） 由于孩子患有白血病在医院接受治疗，母亲专门陪护，父亲在医院附近租房料理日常家务及母子二人一日三餐故无法上班，亦无经济收入来源。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年7月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性髓系白血病，化疗，靶向药，住院，检查等。 医师签名: 江 2025年7月18日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 叁万贰仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 江 2025年7月18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: 江 2025年8月18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: 黃	性别: 男	年龄: 3岁
病种: 急性髓系白血病	治疗医院: 广东省人民医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: —

电 话: —

经办人: 林信銘

电 话: 18926052214

日 期: 2025年8月19日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 黄 性别： 男性 年龄： 3岁1月 住院号(门诊号)：
入院日期： 2025-04-15 出院日期：
处理意见：
患儿经骨髓检查确诊急性髓系白血病，目前在院治疗。

诊断：
1. 急性髓系白血病 2. 化疗后骨髓抑制



医嘱：
住院化疗。

复诊建议：
定期化疗。

医师： 张进芳
日期： 2025年05月06日
注： 1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

潮南区胪岗镇泗黄村民委员会

电话

证 明

兹有我村村民黄 之子黄 男，2022年2月26日出生，身份证号码 因患有白血病在医院接受治疗，其母亲萧 目前专门陪护，无经济来源收入，其父亲黄 在医院附近租房料理日常闲杂及母子二人一日三餐，故无法上班，亦无收入来源。现阶段因黄 有大病导致家庭经济负担较大，使其家庭陷入困境，情况属实。

特此证明



