

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: 2025437

申请日期: 2025年7月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	蔡		女	2010.10.19			广东罗定市罗定镇		
	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-高危		广州医科大学附属第一医院	2025.5.13	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:	
病童家庭情况	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				
			50%						
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名;			
	父亲	蔡	45	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>50000</u> 元			
申请救助理由(请详细描述)	母亲	士良	42			3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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			
孩子患病后已花光积蓄,后续费用无力承担.恳请贵会救助,帮助孩子渡过难关.万分感谢. 本人保证上述情况完全真实. 蔡 申请人签名: 蔡 2025年7月30日									
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病,为缓解病情,须完成多阶段化疗,治疗费用30万港币. 医师签名: 张 2025年7月30日								
	医院意见(盖章):								
	建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)								
	负责人签名: 2025年8月11日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)(易暖已收) 负责人签名: 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 (易娱公益项目)

病童姓名:	蘇 [模糊]	性别:	女	年龄:	14
病种:	急性淋巴细胞白血病	治疗医院:	广州医科大学附属第一医院		

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), 将作为蘇 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蘇 [模糊]
电 话: [模糊]
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /
电 话: /
经办人: 林佳韵
电 话: 18924052214
日 期: 2025年8月19日



疾病诊断证明书

姓名：蔡

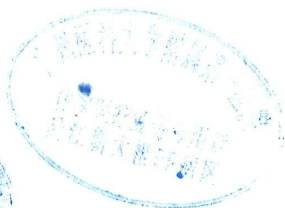
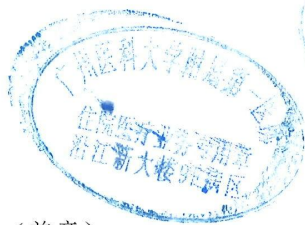
性别：女

年龄：14岁

住院号

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

诊断：急性淋巴细胞白血病（T系，高危：ETP，泼尼松试验反应差）



此证

主诊科（盖章）

主诊医师：关镜明

医务科（盖章）

日期：2025年8月11日

罗定市罗镜镇龙星村民委员会

困难证明

兹有广东省罗定市罗镜镇龙星村 蔡 男，身份证号码 ，家庭人口 4 人，其家庭具体情况如下：蔡 男，身份证号码： 外出深圳务工，并且要照顾患病的小女儿，（蔡 女，身份证号码 患有急性白血病，现在广州医科大学附属第一医院治疗中，治疗费用较大，现已造成其家庭经济生活困难），（儿子）蔡 男，身份证号码 在 小学就读；（大女儿）蔡 女，身份证号码： 在 中学就读，家庭经济收入低微，（属单亲家庭），情况属实。

特此证明！

罗镜镇龙星村民委员会

经办人： 2025年06月30日

2025年06月30日

