

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: 2025470

申请日期: 2025年 8 月 20 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	2010.2.2			广东省佛山市	
	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
	急性白血病		珠江医院	2025.7.9	30万~40万			☐ 是 ☒ 否
	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	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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>约 6 万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</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		
	父亲	谭	48	良好				
	母亲	官	44	良好				
申请救助理由（请详细描述）	由于小孩突发重大疾病,而且家中刚刚还完房贷,资金不足以支付小孩的长期治疗费用。小孩确诊后,母亲整日照顾,已处于失业状态,父亲月薪3000元,仅够家庭生活开支,家中还有14岁弟弟需要抚养。无助之际,社工送来申请表,希望获得救助,渡过难关之后,当加倍回报社会! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2025 年 8 月 20 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,经院方相关检查和佛山市南海区中医院、市妇儿医院治疗,总费用约 25 万元。							
	医师签名: 许 2025 年 8 月 16 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 9 月 1 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 9 月 8 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: 15
病种: 急性白血病	治疗医院: 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), 将作为譚 的治疗费用。

受助人 (监护人): 譚

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2023年9月10日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：谭

科室：小儿综合内科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿综合内科病区

入院日期：2025年07月09日

检查结果：2025-07-10 骨髓细胞学检查与诊断初查(血液科)：考虑急性淋巴细胞白血病，请结合细胞免疫分型及相关基因检测诊断。

诊断意见：急性淋巴细胞白血病

1. 急性淋巴细胞白血病 (common-B) ; 2. 肺部感染

处理意见：住院治疗。

医生签名：兰和刚

日期：2025年07月17日

签发单位：(盖章)

家庭情况证明

兹有 谭 (患儿姓名), 身份证号码

家庭住址 广东省佛山市南海区桂城街道

为我辖区居民, 系我社区 ☐ 低保对象、☐ 特困人员、☐ 低保边缘家庭、
☐ 支出型困难家庭、☒ 其他困难类型 突发重疾导致家庭经济困难
其患有(疾病名称) 急性白血病 现于(医院名称) 珠江医院 进
行治疗, 因治疗费用较高, 家庭经济条件较差, 无力承担全部治疗费
用, 现向广东公益恤孤助学促进会重疾患儿资助项目申请医疗资助款
项, 以上所述属实。

非户籍街道在册困难家庭
乡镇政府/街道办事处/居(村)委会盖单
联系人及电话:

2025年8月20日

