

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: 2025475

申请日期: 2025 年 8 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	
	马		男	2012.03.03			广东省惠东县	
	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
	T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤		广州南方医科大学珠江医院	2025.4.22	40-50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 70 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2~3 万元 3、固定资产: 1 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		
	父亲	马	46	肾结石痛风				
	母亲	张	41	良好				
申请救助理由（请详细描述）	由于儿子患白血病, 需要费用高, 治疗时间长, 靶向药贵一瓶就需 8000 元。因饮食要求自己煮, 又需在外租房, 爸爸在外煮饭, 妈妈在医院照顾小孩。家里又有 2 个小孩上小学, 经济特困难。特申请救助基金! 望批准! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025 年 8 月 30 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: M1 急性T淋巴母细胞淋巴瘤 (T-LM2, NUP-ABL, HR) 大概总费用 40-50 万							
	医师签名: 张 2025 年 8 月 30 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 8 月 31 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25000.00 元（大写: 贰万伍仟零佰零拾零元零角零分）（备注: 按呼吸及造血计划） 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 马 性别: 男 年龄: 13
病种: T淋巴母细胞白血病 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为马 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月10日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：马

科室：小儿血液科病区

床号

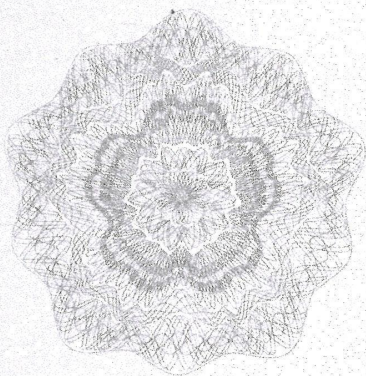
ID号

住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年08月10日 出院日期：2025年08月31日
检查结果：	
诊断意见： 1. T淋巴瘤母细胞白血病/淋巴瘤化疗；2. T淋巴瘤母细胞白血病/淋巴瘤（ETP，NUP214::ABL1，HR）； 3. 颅内静脉窦血栓形成；4. 化疗后骨髓抑制；5. 急性上呼吸道感染；6. 胃肠功能紊乱；7. 甲氨蝶呤排泄延迟 处理意见：住院治疗。	
医生签名：赖肖蓉	
日期：2025年08月31日	

签发单位：（盖章）





核发单位: 惠东县民政局

发证日期: _____

户主姓名: 2025年6月25日

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	马	性别	男
出生年月	1980年12月	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5
居住地址	铁涌镇河潭村		
户籍地址	铁涌镇河潭村		
低保资金 发放账号	马		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	马	配偶	
	马	女儿	
	马	儿子	
	马	儿子	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
姓名: 马		姓名: 马	

