

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: 2025477

申请日期: 2025年9月1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2011年10月			广东省云浮市新兴县	
	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
	急性髓系白血病		中山一院	2025.6.6	50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 <u>70</u> %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>0</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	张	42	良好				
	母亲	谢	39	良好				
申请救助理由(请详细描述)		患者张, 今年13岁, 于2025年6月在中山一院确诊为急性髓系白血病, 化疗两个月, 准备在9月初在中山一院做骨髓移植。目前在医院治疗和化疗药品费用将近有25万以上, 后续还需要移植等高昂的费用, 因家中老人年龄大, 只能父母来陪护孩子看病, 让原本困难的家庭在经济上更雪上加霜, 因而向基金会求助, 希望基金会能帮助我们渡过难关, 救救我们的女儿, 感谢你们! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2025年9月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿张 目前诊断急性髓系白血病, 现拟行造血干细胞移植, 预计治疗费用 30-50万元。 医师签名: 9月1日							
	医院意见(盖章): 情况属实, 请予以救助为盼 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 元 正) 负责人签名: 9月1日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 元 正) (普及深呼吸共愈计划) 负责人签名: 2025年9月 秘书处							



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: 张 性别: 女 年龄: 13 岁
病种: 急性骨髓系白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月10日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 张

科别: 儿科二科

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名: 张 性别: 女 年龄: 13岁 出院科别: 儿科二科 住院号

入院日期: 2025年08月21日 出院日期: 2025年08月30日

出院诊断: 1. 急性髓系白血病(M1, 高危, ASXL1基因变异), 2. 中枢神经系统白血病(CNS2, 可能), 3. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 4. 化疗后骨髓抑制(IV级), 5. 粒缺期发热, 6. 重复肾(左侧), 7. 屈光不正(ou), 8. 肺结节, 9. 双侧甲状腺滤泡囊肿(ACR TR 1), 10. 中枢神经系统诊断性影像检查的其他异常所见(胸椎背侧硬膜外、腰椎腹侧及各背侧硬膜外积液, 伴硬膜外静脉迂曲扩张), 11. 鼻炎, 12. 低镁血症, 13. 低钾血症, 14. 血小板减少

入院情况及诊疗经过: 患儿因“确诊急性髓系白血病3月余, 返院治疗”入院, 余详见出院记录。

医师:

张婉莉 / 周毅

2025年08月29日



证 明

兹有辖区居委居民谢 [REDACTED] (性别：女，身份证号码：
[REDACTED]，现无固定工作。其女儿张 [REDACTED] (性
别：女，身份证号码 [REDACTED]，现因患有急
性髓系白血病，现在中山大学附属第一医院治疗，造成家庭
拮据。望有关部门认真审核给予批准。

特此证明

新城镇城南社区居民委员会
2025年8月19日



