

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: 2025082

申请日期: 2025年8月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		女	2021.7.4			广东省普宁市军峰镇	
	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
	急性白血病		广州医科大学 附属肿瘤医院 血液科	2025.5.8	40万			☐ 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		☐ 商业保险 ☐ 其他保险		☐ 无		
				60%				
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	王	35	体健				
	母亲	梁	30	体健				
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>30000</u> 元; 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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								
我叫梁 一家都是揭阳普宁人,因今年5月份,女儿不幸确诊白血病,靠孩子的父亲一个人打工,家庭经济困难,家里还有一个两周岁多的儿子,没有工作能力的父母,实属无奈,恳求得到援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年8月28日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		患儿诊断急性淋巴细胞白血病(B细胞型,低危),于2025年5月确诊,开始按CLL6-BU-MOP方案化疗,治疗疗程25年,后期巩固化疗,预计费用20万。					
	医师签名:		2025年8月28日					
	医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥15000 元(大写: 壹万伍仟元整)								
负责人签名: 何靖雯 2025年8月28日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥20,000.00 元(大写: 贰万零仟零佰零拾元整) (惠及呼吸天惠计划)								
负责人签名: 杨红 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: 王 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医院

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林修福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 9月 11日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 王 性别: 女 年龄: 3岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, ETV6-RUNX1)

医嘱及建议: 患儿于2025.06.13-2025.06.21在我院血液肿瘤科1组(增)治疗, 特此证明。

医师签名: 甘文晓 / 文晓琳

日期: 2025年06月21日 12:00:06

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。





核发单位: _____

发证日期: _____

户主姓名: 王 _____

身份证号码: _____

编号: _____

家庭成员照片



核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: 王 _____

姓名: _____

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: _____

姓名: _____

家庭成员照片

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: _____

姓名: _____

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: _____

姓名: _____

