

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: 2025518

申请日期: 2025年9月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2017.3			广东省广州市番禺区	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.5.14	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	黄	37	正常				
	母亲	黄	37	正常				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</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>0</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								
申请救助理由（请详细描述） 家中孩子突发白血病，父亲需辞去工作照顾家里孩子和老人，只剩母亲一人工作维持收入，心理压力和经济损失巨大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年9月8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”，现于我科接受《SCCG-ASU-2022》方案化疗，预估治疗总费用 30 万。 医师签名: 孙玉峰 2025年9月8日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元（大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 杨荣平 2025年9月18日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 李锐 2025年9月28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: 黃 性别: 男 年龄: 8
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信韵

电 话: 18926052214

日 期: 2025年9月29日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:黄 性别:男 年龄:8岁1月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:黄	住院号	出生地: 广东省广州市花都区
性别:男	年龄:8岁1月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-05-14 11:35		
临床诊断: 急性淋巴细胞白血病		
治疗意见: 我院儿科一区住院治疗中。		
记录日期: 2025-05-19 15:45		医生:



附件 2-2

家庭经济情况说明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 黄 (法定监护人 姓名), 身份证号 , 家庭住址 广州市花都区秀全街, 家庭人口共 5 人, 家庭年收入为 30000 元。其子/女 黄 (申请救助儿童姓名), 身份证号 , 患有 急性淋巴细胞白血病 疾病, 已在 中山大学孙逸仙纪念医院 接受治疗。因孩子治疗费用支出, 家庭经济负担重, 基本生活出现困难。

以上所述属实, 特此说明。

村(居)委会所在地: 广东 省(区、市) 广州 市(州) 花都 县(市、区) 秀全 乡镇(街道)。

村(居)委会证明人签字:

联系电话:

(盖章)

2025 年 8 月 15 日

