

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2025530温暖1703号

申请日期: 2025年9月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2009.8.11			惠州惠阳区平潭镇	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	急性淋巴细胞白血病		南云医院	2025.3.21	50万左右			
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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	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>2-5万</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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	37	良好				
	母亲	邓	36	良好				
申请救助理由(请详细描述)	(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。) 原本是生活在一个贫困的家庭里,自从2025年3月开始发烧住院查出白血病,由于病情严重复杂,现在转到南云医院治疗4个多月,由于治疗中除起其它病症花费太高,家庭特别困难承担不起,家庭老的老,小的小,本人父亲也辞去工作在医院照顾患儿,家里面没有收入,医生谈全疗程费用要50万左右,希望申请恤孤基金会的救助项目,望批准,万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。							
调查意见	情况属实。 调查员签名: 周其明 2025年10月11日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角零分) (普及降呼吸 负责人签名: 李红 2025年10月13日 秘书处 (盖红章) 更计划科 童救助专办)								



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:	男	年龄:	16
病种:	急性淋巴细胞白血病	治疗医院:	南方医科大学南方医院		

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), 将作为张 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:

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月14日

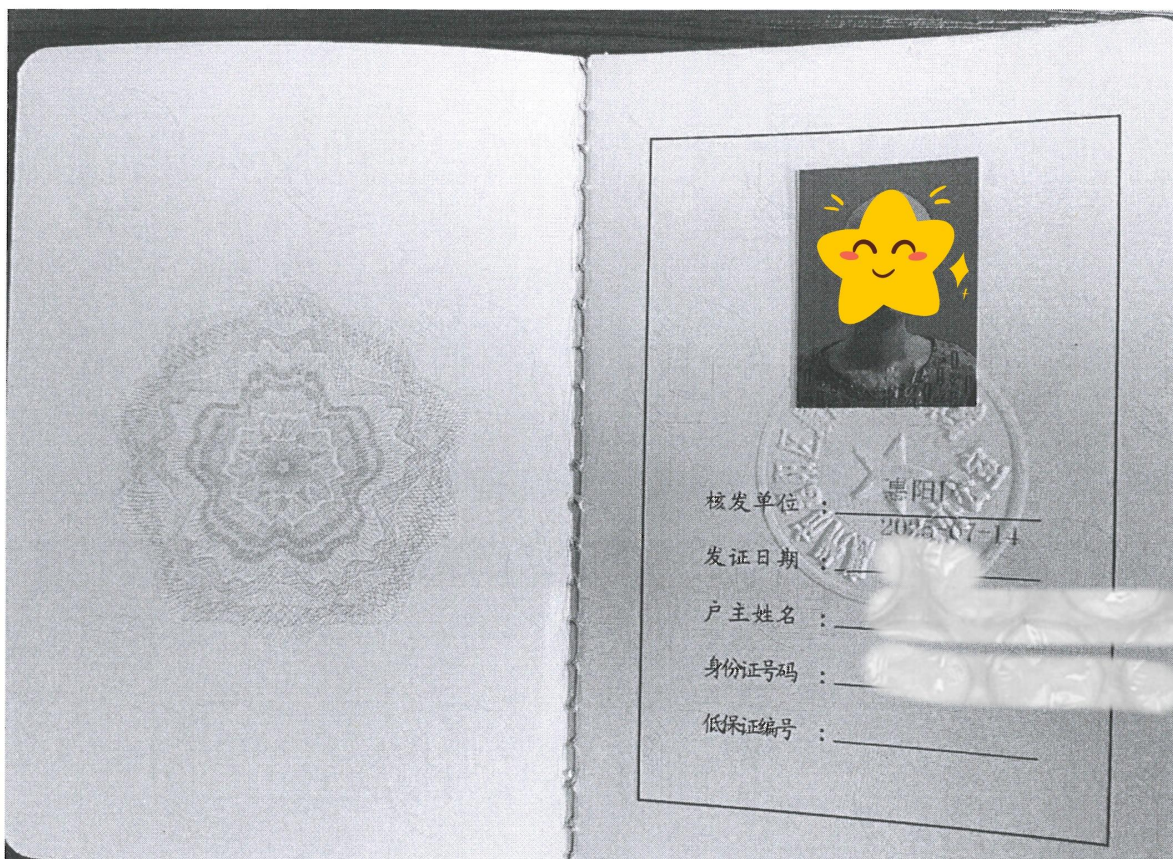


南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

姓名	张	年龄	16岁	性别	男	科别	儿童中心二区	就诊ID号	
单位或住址		无						病案号	
入院时间		2025年09月11日				出院时间		2025年09月19日	
主要检查结果：详见出院小结。 诊断：1. 恶性肿瘤维持性化疗；2. 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型，低危，缓解)；3. 低蛋白血症；4. 维生素D缺乏。 建议：详见出院小结。 (主任/副主任/主治) 医师签名： <i>[Signature]</i> 日期：2025年09月19日									

特别说明：本疾病诊断证明书 1. 由主治医师以上职称人员审核签字，并有医院签章方为有效；2. 应陈述患者在我院就诊的客观事实，提出建议，凡涉及对患者在外院诊疗情况、间接致病（伤）的原因等进行主观评价和判断的内容均无效；3. 诊疗时限和费用以实际发生为准，医师根据同类疾病治疗经验得出的意见，仅供参考。4. 病假时间门诊急性病不超过3天，慢性病不超过7天，住院患者病假原则上不超过1个月（肿瘤及结核、骨科等疾病患者可根据病情适当延长）。



户主姓名	张	性别	男性
出生年月	2009-08-10	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		人口	1
居住 地址	广东省-惠州市-惠阳区		
户籍 地址	惠州市-惠阳区		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	张	本人	0

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:

