

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: 2025634

申请日期: 2025 年 11 月 6 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	2015.10.1			佛山市顺德区	
	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
	急性淋巴白血病		中山大学孙逸仙医院	2025.9.6	40万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☐ 城镇居民 50 %	☐ 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) 80000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	男44岁	健康				
	母亲	谢	44	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	患病以来, 治疗费用巨大, 父母在医院照顾孩子, 无法工作, 医药生活开支巨大, 已致家庭生活拮据, 特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025 年 11 月 6 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿于我院诊断为急性淋巴细胞白血病, IKZF1 基因大片缺失, P16 缺失伴 BCR::ABL1 e1a2 (P190) 融合基因, 治疗费用约 40 万元。							
	医师签名: 邱坤强 2025 年 11 月 6 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3 万 一 千 一 百 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025 年 11 月 21 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 伍 千 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 杨锦河 2025 年 12 月 1 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

病童姓名: 张 性别: 女 年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 孙逸仙纪念医院 在都院区

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: 林晓韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月1日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:张 性别:女 年龄:9岁11月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地:广东省广州市花都区
性别:女	年龄:9岁11月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-09-30 15:55		出院日期:2025-10-14 09:42
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B, HR, IKZF1 基因大片段缺失, P16 缺失伴 BCR::ABL1 ela2(p190)融合基因); 2.化疗后骨髓抑制; 3.中度贫血; 4.血小板减少; 5.上呼吸道感染; 6.药物性肝损害;		

治疗意见: 详见出院小结。

记录日期: 2025-10-14 09:43

医生:



证 明

兹有我村村民张 [REDACTED] 男，公民身份证号码：
[REDACTED] 其小女儿张 [REDACTED]（公民身份证号码：
[REDACTED]）患有急性淋巴细胞白血病，现就医于
中山大学孙逸仙纪念医院。我村村民张 [REDACTED] 上有年迈父母需
要赡养，下有三个未成年孩子需要抚养，现因孩子生病治疗，
夫妻二人在医院照顾孩子，无法工作，无收入来源，生活困
难。

特此证明！

南新乡东邨村村民委员会

2015年10月28日



