

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: 2025652

申请日期: 2025 年 11 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何		男	2017年5月25日			广东省珠海市	
	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
	急性粒细胞性白血病部分分化型M2		广州中山大学孙逸仙医院	2025年9月28日	20万-30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 2 名;		
	父亲	何	36	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元		
	母亲	李	35	良好		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		
申请救助理由（请详细描述）		小孩于2025年9月28日诊断为急性骨髓系白血病，前往广州孙逸仙医院（花柳院区）接受治疗，由于家庭条件所限，因为照顾小孩，母亲无法上班，经济压力大，特向贵机构申请医疗救助金，谢谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025 年 11 月 24 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿于2025年9月30日确诊“急性粒细胞白血病部分分化型”，于2025年10月1日按SCCG-AML-2020方案化疗，患儿医疗费用预计为20万元左右。							
	医师签名:		2025 年 11 月 24 日					
	医院意见（盖章）:		建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元（大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分）					
医院发展及校友事务办公室		负责人签名:		2025 年 12 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 拾 元 零 角 分） 负责人签名: 林伟明 2025 年 12 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

病童姓名: 何 性别: 男 年龄: 8岁
病种: 急性粒細胞性白血 治疗医院: 广东孙逸仙纪念医院(中山大学)
病部分化型(M2)

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), 将作为何 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年12月9日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:何 性别:男 年龄:8岁4月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:何	住院号	出生地:广东省珠海市香洲区
性别:男	年龄:8岁4月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-09-28 20:49		出院日期:2025-10-22 11:51
临床诊断:1.急性粒细胞性白血病部分分化型(M2型)(伴KIT、JAK2、ETO/AML1融合基因突变); 2.上呼吸道感染; 3.化疗后骨髓抑制; 4.中度贫血; 5.血小板减少; 6.右侧隐睾(未排除);		
治疗意见:详见出院小结。		
记录日期:2025-10-22 11:52		医生: 周家华



证 明

兹有我社区户籍居民李 [REDACTED] (女, 身份证号码:

[REDACTED] 户籍在福宁社区香溪路

[REDACTED] 根据本人所述和提供的中山大学孙逸仙纪念医院《疾病诊断证明》, 李 [REDACTED] 儿子何 [REDACTED] (男, 身份证号码:

[REDACTED] 患有“急性粒细胞性白血病部分分化型”, 正在治疗阶段, 李 [REDACTED] 在私企工作, 其丈夫何 [REDACTED]

(男, 身份证号码: [REDACTED] 目前没有稳定工作收入, 孩子医疗费用开支庞大, 导致家庭经济拮据。情况属实。

(本证明仅限于申请特殊疾病救助用途)

珠海市香洲区翠香街福宁社区居民委员会

2025 年 11 月 27 日



