

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: 2025661

申请日期: 2025 年 11 月 26 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	2015年7月21日			广东省广州市	
	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
	急性髓系白血病		南方医科大学珠江医院	2025年6月5日	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	
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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>35</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		
	父亲							
	母亲	李	39岁	良好				
申请救助理由（请详细描述）	单亲离异,母子相依为命,前期治疗已负债15万,后续治疗还需10万余,已无力支付,特申请贵基金资助,感激不尽! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025 年 11 月 26 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性髓系白血病,化疗后造血干细胞移植治疗,预计费用30万 医师签名: 林秋如 2025 年 11 月 26 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 二万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 11 月 27 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 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: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 10岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 张 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林佳莉

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025 年 12 月 11 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：张 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年09月28日 出院日期：2025年11月18日
检查结果：	
诊断意见： 1. 急性髓系白血病（CBF β -MHL11, NRAS）；2. 髓系肉瘤（纵隔及肺门病灶）；3. 急性移植物抗宿主病（I度，皮肤I级）；4. 脓毒血症；5. 化疗后骨髓抑制；6. 病毒感染（HHV6B, BK, JC病毒）；7. 急性膀胱炎；8. 心功能不全 处理意见：住院治疗	
医生签名：林丹娜 日期：2025年11月18日	

签发单位：（盖章）





核发单位: _____

发证日期: _____

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	李玲	性别	女
出生年月	19860404	民族	汉族
家庭人数	2	保障人数	2
居住地址	海珠区南石头街(镇)社区(村) 详细地址: 海珠区南泰路		
户籍地址	天河区冼村街(镇)社区(村) 详细地址: 天河区华穗路		
联系电话			
低保资金 发放账号	账户名称: 李		
	银行账号:		
	开户行: 中国光大银行		

共同生活家庭成员情况	姓名	关系	健康状况	是否为保障人员
	李	户主	良好	是
	张	子女	重大疾病(需注明病种)	是

社会救助信息			
补助情况	金额	对象	救助时间
低保金		李	2025-11起
低保金		张	2025-11起
分类救济金		张	2025-11起
污水补贴		李	2025-11起
污水补贴		张	2025-11起

注:“补助情况”请填写每月发放补助类型:分类救济金,污水补贴,其他按月发放补助的类型。

