

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: 2026084 温暖1726号

申请日期: 2026年1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	
	庄	女	2019年12月23日			广东省汕头市潮南区	
	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	广州市南方医科大学南方医院	2024年12月4日	50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 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) 3至5万 元 3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /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 庄	38	健康		
	母亲 陈	37	健康		

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。) 确诊初期,小孩两次严重感染,目前已花二十多万,家庭经济困难,后续没什么钱了,费用还是一个问题 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 庄 2026年1月24日
---------------	---

调查意见	情况属实。 调查员签名: 周基明 2026年2月2日
------	-------------------------------

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整) 善及深呼吸共愈计划 病童救助专项

负责人签名: 林钧泽 2026年2月2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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 庄	性别: 女	年龄: 6
病种: 急性淋巴细胞白血病 B细胞型 治疗医院: 广州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 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为庄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 庄

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: 2026 年 2 月 3 日



南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

姓名	庄	年龄	6岁	性别	女	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		2026年01月07日				出院时间		2026年01月08日	
主要检查结果: 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 中危 缓解)。 建议: 见出院小结  (主任/副主任/主治) 医师签名:  日期: 2026年01月08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)。



核发单位: 汕头市潮南区民政局

发证日期: 2025年4月

户主姓名: 庄

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	庄	性别	男
出生年月	1987年7月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5
居住 地址	峡山街道		
户籍 地址	汕头 潮南		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈	妻子	
	庄	儿子	
	庄	女儿	
	庄	女儿	
	0	0	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	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:	

