

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: 2026106

申请日期: 2025年12月31日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	男	2016.11.9		广东阳江		
	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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	急性淋巴细胞白血病	广州妇儿	2025.7.7	40万-50万			残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 55%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	陈	42	健康	
	母亲	黄	35	养伤	

申请救助理由(请详细描述):
 因患者陈从初步检查到确诊,再到后面治疗过程中,二疗花费比较大,(二疗后感染未出院)现在已经花费了十几二十万,(报销后的费用)。患者母亲在5月份意外车祸左手骨折手术在家养伤,家里只能靠爸爸打工维持生活,后面还很长时间治疗,面对巨大的治疗费用,实在无力支撑,家里也还有老人要养。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 黄 2025年12月31日 希望得到帮助 谢谢

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿诊断急性淋巴细胞白血病,预估总费用40-50万元。
	医师签名:	何靖曼 2025年12月31日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖曼 2026年1月5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 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 善及深呼吸共愈计划 儿童救助专项
 秘书外 负责人签名: 林钧泽 2026年2月9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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 9
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医院

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 林信福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 2月 10日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：陈 性别：男 年龄：9岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿2025. 12. 29-2025. 12. 30我院增城院区血液肿瘤病区住院治疗。

医师签名： //黄楚峰

日期：2025年12月30日 09:00:00

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿陈[]患急性白血病，性别男，年龄8岁，是广东省阳江市江城区平冈镇北宿村委会，（父亲：陈[] 母亲：黄[]）村民的儿子。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈[] 身份证号：[]

患儿母亲：黄[] 身份证号：[]

村委会/居委会盖章：

2025年9月30日



