

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: 2026133

申请日期: 2026年2月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		女	2019.12.10			广东	
	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(高危复发)		中山大学孙逸仙纪念医院	2022年5月 2025年9月(复发)	25.00万元		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 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 100%	<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 2名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: <input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	李	36	一般				
母亲	李	34	差					
申请救助理由(请详细描述)	<p>因女儿李 2022年5月3日,确诊急性淋巴细胞白血病(高危),多次重症抢救,化疗昂贵,治疗效果不好,当时建议移植。因化疗期间她如同耐受癌,难上加难。女儿因经济困难没办法移植。她化疗放疗做手术吃自费药维持。女儿也一直依靠靶向药维持。2022年至2025年女儿病情复发,现阶段在中山大学孙逸仙移植,后续非靶向药维持。希望恤孤会公益伸出援助之手,延续小生命,度过难关,感恩!! 本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 郑 2026年2月3日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断“急性淋巴细胞白血病复发”,拟行造血干细胞移植。 本公立医院费用约25.00万元</p> <p>医师签名: 黄 儿科五区 2026年2月3日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 林佛吟 2026年2月4日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年2月25日</p>								



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: 李	性别: 女	年龄: 6
病种: 急性淋巴白血病	治疗医院: 中山大学孔逸仙纪念医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月26日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:李 性别:女 年龄:5岁9月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:李	住院号	出生地:广东省湛江市廉江市
性别:女	年龄:5岁9月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-09-18 11:27		出院日期:2025-10-10
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病复发(B, IR, 骨髓, 伴超二倍体核型改变, NRAS、KMT2D 突变, BRCA2 突变(胚系); 2.粒细胞缺乏伴发热; 3.药物性肝损害; 4.骨痛; 5.化疗后骨髓抑制; 6.中度贫血; 7.血小板减少; 8.低钾血症;		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2025-10-10 09:26	医生:	





核发单位：康江市民政局

发证日期：2022年12月9日

户主姓名：李

身份证号码：[REDACTED]

低保证编号：[REDACTED]

户主姓名	[REDACTED]	性别	男	
出生年月	1989年11月	职业		
医保卡号		家庭人口	4	
居住地址	[REDACTED]			
户籍地	[REDACTED] 康江 县(市、区) [REDACTED] 乡(街道) [REDACTED] 村(居)委			
低保资金发放账号	[REDACTED]			
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	[REDACTED]	女		
	[REDACTED]	女		
	[REDACTED]	[REDACTED]		

家庭成员照片

核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处 贴小一寸照片)	注明：(此处 贴小一寸照片)	注明：(此处 贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处 贴小一寸照片)	注明：(此处 贴小一寸照片)	注明：(此处 贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

