

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: 2026166

申请日期: 2026年2月27日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	杨	男	2009.12.3		广东省陆河县		
	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
	非霍奇金淋巴瘤	广东省人民医院	2025.8.24	25万			<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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 名;		
	父亲	杨	52	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 固定资产: /套房子; /辆摩托车; 0辆小车	
	母亲	李	41	健康		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	
申请救助理由(请详细描述)	<p>我们家本是普通家庭,收入微薄,杨得病以来,因病情需要,我夫妻来医院陪护,已无经济来源,目前已向亲友借钱维持治疗,但仍无法满足后续治疗费用,特向贵基金会申请救助,恳请给予帮助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2026年2月27日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿在我院经过踝关节病理组织检查,诊断为非霍奇金淋巴瘤(B细胞性,TNM分期4),在我院定期化疗,预计费用,20万元人民币左右。</p> <p>医师签名: 李 2026年2月27日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 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: 李 2026年3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: 李 2026年3月9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

病童姓名: 杨	性别: 男	年龄: 16
病种: 非霍奇金淋巴瘤	治疗医院: 广东省人民医院	

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), 将作为杨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

电话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 林竹韵

电话: 18929052214

日期: 2026年3月10日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 杨 性别： 男性 年龄： 15岁 住院号(门诊号)：
入院日期： 2025-10-14 出院日期： 2025-11-12 床号：

处理意见：

患儿诊断“1. 化疗后骨髓抑制；2. 低蛋白血症；3. 恶性肿瘤维持性化学治疗；4. 非霍奇金淋巴瘤；5. 低钠血症；6. 低纤维蛋白原血症；7. 低颅压综合征；8. 药物性肝损害”在我院住院治疗。



诊断：

1. 化疗后骨髓抑制；2. 低蛋白血症；3. 恶性肿瘤维持性化学治疗；4. 非霍奇金淋巴瘤；5. 低钠血症；6. 低纤维蛋白原血症；7. 低颅压综合征；8. 药物性肝损害

医嘱：

儿童血液科随诊，监测血常规的变化，1周内返院进一步行第二阶段的CAM+PEG-ASP方案化疗治疗，联系电话：

复诊建议：

医师： 李永康
日期： 2025年11月12日
注： 1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

户主姓名	杨	性别	男
出生年月	2009-12-03	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	广东省新田镇		
户籍地址	广东省汕尾市陆河县		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	杨	本人	

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:
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:

