

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: 2026236

申请日期: 2026年3月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2021.01.07			广东惠州	
	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
	幼年型粒单核细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.10.30	100万			<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 65%	<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) 1-2万 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	周	31	健康				
	母亲	周	27	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人夫妻育有两子,次子于2024年10月30日确诊罕见幼年型粒单核细胞白血病,唯一的方案为造血干细胞移植。他们在广州市中山大学孙逸仙纪念医院附近租房,全职陪护孩子治疗。前期化疗,放疗已有花费十万元,效果不佳。2025年4月28号孩子顺利完成造血干细胞移植,脱离生命危险,但家中积蓄已全部耗尽,还背负债务。目前无力承担术后抗排异、抗感染及后续康复治疗,家庭经济无其他收入来源,经济均困难。恳请基金会给予救助,帮助孩子渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2026年 3月 25日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“幼年型粒单核细胞白血病”,于2025-4-28日行造血干细胞移植术,后续定期随访,预计后续还需10万元。 医师签名: 黄科 2026年 3月 25日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年 3月 26日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年 4月 26日 秘书处							



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: 周 [redacted] 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 幼年型单核细胞白血病 治疗医院: 中山大学的逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为周 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: [redacted]


电 话: 18924052214

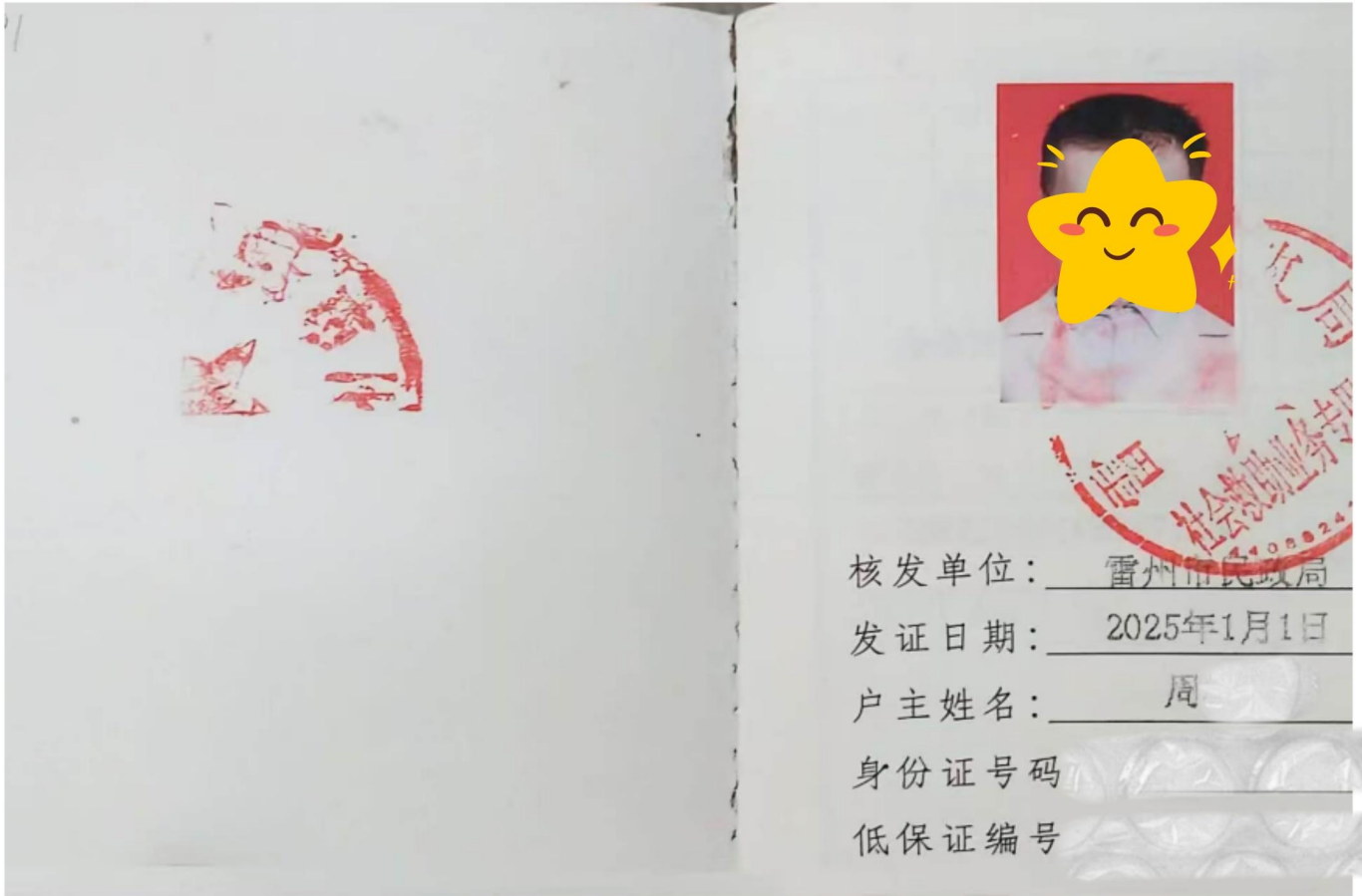
日 期: 2016年4月8日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:周 性别:男 年龄:5岁1月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:周	住院号:0001318448	出生地:广东省湛江市雷州市
性别:男	年龄:5岁1月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间:2026-02-23 11:28	出院日期:2026-03-02 13:41	
临床诊断:1.重度慢性移植物抗宿主病(肝脏3分、皮肤2分、口腔1分、生殖道1分); 2.转氨酶升高; 3.口腔炎; 4.EB病毒感染; 5.双侧视盘水肿; 6.右侧大脑前动脉颅内微小动脉瘤(可能); 7.右侧上颌窦炎; 8.右侧上颌窦黏膜下囊肿(可能); 9.幼年型粒单核细胞白血病造血干细胞移植术后(HR,形态CR,伴PTPN11、JAK3体系突变);		
治疗意见:详见出院记录。		
记录日期:2026-03-02 13:42	医生:  生植五区	



户主姓名	周		性别	男
出生年月	2021年01月09日		类别	生病
医保卡号			家庭人口	1
居住地址	附城镇			
户籍地	市		县(市、区)	
	乡镇(街道)		村(居)委	
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入

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

