

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: 2026245

申请日期: 2026年03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	
	李	男	2016.07.09			广东省东莞市万江区	
	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	广州市妇女儿童医疗中心	2022.5	50万			<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 type="checkbox"/> 新农合 %	<input checked="" 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>5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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	李	41	乙肝			
	母亲	李	41	乙肝			
申请救助理由 (请详细描述)	因治疗费用较高, 家庭收入较低; 孩子爷爷 2026年3月确诊尿毒症。难以承担患儿全部医疗费用。 2022年5月第一次确诊急性淋巴细胞白血病, 那时户刚转到广东又没买医保, 第一疗程至第三疗程全自费; 2025年11月白血病复发, 经石角确诊急性淋巴细胞白血病(骨髓联合中枢复发) 治疗费用高, 化疗周期长。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年03月27日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病(骨髓联合中枢复发)。预估治疗费用约50万元。 医师签名: 匡正梅 2026年3月26日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>25000</u> 元 (大写: <u>贰万伍仟</u> 元 角 分) 负责人签名: 何靖良 2026年3月31日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万零</u> 元 角 分) 负责人签名: 何靖良 2026年4月1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：李 [redacted] 性别：男 年龄：9
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

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 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：李 [redacted]

电话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：——

电话：——

经办人：林作福

电话：18929052214

日期：2026年4月14日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 李 性别:男 年龄:9岁 科别:珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断:1. 细胞治疗 2. 非感染性全身炎症反应综合征(CRS1级) 3. 低钾血症 4. 高脂血症 5. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿2026. 1. 18-2026. 2. 9于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /匡飞梅 袁媛

日期:2026. 2. 9



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 李，患 白血病，性别 男，年龄 10 岁，是 湖南省永州市宁远县湾井镇下灌村（父亲：李 母亲：李）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，现向基金会申请未患儿的的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：李 身份证号：

患儿母亲：李 身份证号：

情况属实，特此证明。



