

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: 2026266

申请日期: 2026年4月1日

|   |   |                               |                               |                               |   |     |  |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|-----|--|
| 病童资料  | 姓名  | 性别                            | 出生年月                          | 身份证号码                         | 户籍所在地   |     |  |
|   | 涂   | 女                             | 2020.7.18                     |                               | 广东省乳源瑶族自治县  |     |  |
|   | 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   |
|   | 急性淋巴细胞白血病   | 广州松德孙逸仙纪念医院                   | 2026.3.8                      | 30~50万                        |   |     | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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 30%   | <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 1 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 8.4万元<br>3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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  | 涂                             | 47                            | 残疾三级                          |   |     |  |
|   | 母亲  | 黄                             | 46                            | 健康                            |   |     |  |
| 申请救助理由(请详细描述)   | <p>您好,我是涂爸爸,小女涂于2026年3月8日确诊为急性淋巴细胞白血病(B),急需大量的资金。小女妈妈为了照顾她而没有了工作。大女在广州读大一,大儿子在乳源瑶族自治县读高三都在读书中,教育支出比较大。家里还有两个75岁以上的老人要赡养,其中老人父亲前年老梗,现在需要人24小时陪护。而我为了照顾小女的饮食,只能在医院附近租房做饭,收入剧减。已经没办法满足支出。本人保证上述情况完全真实。院离近租房做饭,收入剧减。已经没办法满足支出。特申请救助</p> <p>申请人签名: 涂 2026年4月1日</p> |                               |                               |                               |   |     |  |
| 医院填写  | <p>疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B,HL), 化疗6个疗程, 费用约叁拾万元整至伍拾万元整。</p> <p>医师签名: 2026年4月1日</p>   |                               |                               |                               |   |     |  |
|   | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 零 角 分)</p> <p>负责人签名: 杨奕心 2026年4月3日</p>  |                               |                               |                               |   |     |  |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000 元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 秘书处 2026年4月20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: 游                               | 性别: 女 | 年龄: 5岁9个月 |
| 病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花都院区) |       |           |

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), 将作为游 的治疗费用。

受助人 (监护人): 游

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林传智

电 话: 18924052214

日 期: 2026年4月21日

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:涂 性别:女 年龄:5岁7月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

|   |                       |                   |
|---|-----------------------|-------------------|
| 姓名:涂  | 住院号:                  | 出生地:广东省韶关市乳源瑶族自治县 |
| 性别:女  | 年龄:5岁7月               | 科室:儿科一区(血液/肿瘤)    |
| 入院时间:2026-03-08 11:54   | 出院日期:2026-03-26 08:47 |                   |
| 临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B, HR, IKZF1 plus, BCR/ABL (P190) 融合、P16 缺失); 2.急性上呼吸道感染; 3.化疗后骨髓抑制; 4.低颅压综合征; 5.低钾血症; |                       |                   |

治疗意见:  
详见出院小结。

记录日期:2026-03-26 11:26

医生:



## 情况说明

兹有乳城镇大联村委会 村民涂 男，身份证号码： 三级残疾人士，现从事模具设计工作，月收入约 7000 元。其妻子黄 无工作，家中大女儿就读大学一年级，儿子就读高中，需承担子女教育开支，另有 75 岁以上年迈父母需赡养，家庭日常开支及赡养压力较大。其女儿涂 女，身份证号码： 于 2026 年 3 月 8 日在广州市中山大学孙逸仙纪念医院确诊为急性淋巴细胞白血病（B），目前正在住院接受系统治疗。家庭人口多、负担重，加之突发重大疾病，导致家庭经济压力巨大，情况属实。

特此说明。

乳源县大联村村民委员会

2026 年 3 月 30 日



