

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: 2026296

申请日期: 2026年3月15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	董		女	2022年6月7日			东城	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2026年1月20日	3000			<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 50%	<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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3000 元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小汽车 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	董	33	健康				
	母亲	董	31	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人家庭经济困难,无稳定收入来源,家庭负担沉重,上有二老下有3小,近期因小孩确诊了“白血病”产生巨额支出,无力承担相关费用,生活陷入困境。难维持基本生活,经解经济压力,特向贵单位申请救助,望予以帮扶,恳请批准。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 董 2026年3月15日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 急性淋巴细胞白血病(B,IR超倍体,IT3&KMT2D基因突变), 预计治疗费用叁拾万元。 医师签名: 马 2026年3月15日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 零 元 零 分) 负责人签名: 林伟 2026年3月17日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 零 元 零 分) 负责人签名: 林伟 2026年4月27日								



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：黃 [redacted] 性别：女 年龄：3岁
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

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），将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：陸 [redacted]

电话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电话： /

经办人： 柯竹韵

电话： 18924052214

日期： 2016年9月29日

中山大学孙逸仙纪念医院

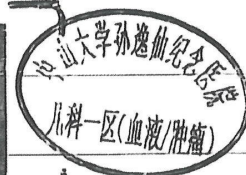
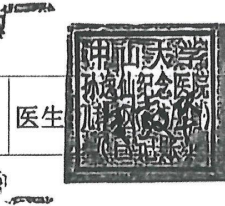
疾病诊断证明

姓名:黄 性别:女 年龄:3岁9月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:黄	住院号	出生地:广东省广州市增城区
性别:女	年龄:3岁9月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-03-09 15:29	出院日期:2026-03-17 08:54	
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(返院化疗, B, IR, CR, 超二倍体, FLT3及KMT2D基因突变) 2.化疗后骨髓抑制(III级); 3.中性粒细胞减少;		

治疗意见:
详见出院小结。

记录日期:2026-03-17 08:54



医生



证 明

兹有东洞村 村民黄 男，身份证号 已婚，生育有两女一男，家庭人口共 7 人，据本人所述和提供的中山大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明，因其女儿黄 女，身份证号码 患有急性淋巴细胞白血病，在孙逸仙纪念医院化疗约一个月（其中药物部份外购不纳入医保），之后维持其 2 年，本身家庭就没有其他经济来源，单靠黄 的工资维持生活，又带着两个年迈父母亲，母亲患有高血压患者还长期服药，已致家庭生活拮据。以上情况属实。

特此证明



