

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: 2026416

申请日期: 2026年5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 | | |
| | 朱 | 男 | 2012.10.14 | | 广州市花都区赤岗镇 | | |
| | 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复发 | 中山大学孙逸仙纪念医院 | 2026.3.5 | 40万 | | | <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 70% | <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>1</u> 名; | | |
| | 父亲 朱 | 46 | 良好 | | 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>2万</u> 元 | | |
| | 母亲 刘 | 41 | 一般 | | 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小汽车 | | |
| | | | | | 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 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>尊敬的各位领导: 你们好!我是患儿朱 (住院号) 的父亲。孩子于2023年2月确诊急性淋巴细胞白血病,经一年化疗后,于2024年12月中粒细胞再次复发。我们四处借钱用上了“贝林妥单抗”这个天价药。2026年3月,孩子在中大神经复诊,需赴北京做CAR-T治疗,后到中山大学孙逸仙纪念医院(南院)做移植。高昂的治疗费用已让家庭经济崩溃,我与妻子长期陪护,收入中断,生活陷入极端困境。恳请各位领导帮助!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 朱 2026年5月25日</p> | | | | | | |
| 医院填写 | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病早期复发,中枢神经系统白血病,化疗后,做化疗后移植。HLA相合无关供者脐带移植,预计治疗费用40万。</p> <p>医师签名: 林伟明 2026年5月25日</p> | | | | | | |
| | <p>医院意见(盖章): </p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3</u> 万 <u>—</u> 仟 <u>—</u> 佰 <u>—</u> 拾 <u>—</u> 元 <u>—</u> 角 <u>—</u> 分)</p> <p>负责人签名: 林伟明 2026年5月28日</p> | | | | | | |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁</u> 万 <u>零</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)</p> <p>负责人签名: 2026年6月15日</p> | | | | | | | |



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“善及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

| | | |
|-----------------|---------------------|--------|
| 病童姓名: 朱 [模糊] | 性别: 男 | 年龄: 13 |
| 病种: 急性淋巴细胞白血病复发 | 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院南院 | |

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），将作为朱 [模糊] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 朱 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 林 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月17日

项目救助款由




太阳慈善基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:朱 性别:男 年龄:13岁7月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

| | | |
|---|----------|---|
| 姓名:朱 | 住院号 | 出生地:广东省广州市花都区 |
| 性别:男 | 年龄:13岁7月 | 科室:儿科五区(过渡区) |
| 入院时间:2026-05-15 | 出院日期:住院中 | |
| 临床诊断:1. 急性淋巴细胞白血病复发(B) (早期单独髓外复发, IR, 伴 cMYC 片段扩增, IGH-CBFA2T3、ZMYM2-FGFF1 融合阳性); 2. 中枢神经系统白血病; | | |
| 治疗意见: 行造血干细胞移植 | | |
| 记录日期:2026-05-18 | 医生: |  |



核发单位：花都区民政局

发证日期：2023年09月01日

户主姓名：

身份证号码：

低保证编号：

| | | | |
|----------|------------------------------------|------|----|
| 户主姓名 | 朱 | 性别 | 男 |
| 出生年月 | 19800404 | 民族 | 汉族 |
| 家庭人数 | 6 | 保障人数 | 6 |
| 居住地址 | 花都区赤坭街(镇瑞岭社区(村)) 详细地址：广州市花都区赤坭镇 | | |
| 户籍地址 | 花都区赤坭街(镇瑞岭社区(村)) 详细地址：广州市花都区赤坭镇 | | |
| 联系电话 | | | |
| 低保资金发放账号 | 账户名称：朱 银行账号： 开户行：中国光大银行 | | |

定期复核登记

| 定期复核结果 | 经办人 | 复核时间 |
|--------|----------|----------|
| 低保金 | 294.17 朱 | 2026-01起 |
| 低保金 | 294.17 刘 | 2026-01起 |
| 低保金 | 294.17 朱 | 2026-01起 |
| 低保金 | 294.17 朱 | 2026-01起 |
| 低保金 | 294.17 廖 | 2026-01起 |
| 低保金 | 294.17 朱 | 2026-01起 |
| 分类救济金 | 261.8 朱 | 2026-01起 |
| 分类救济金 | 261.8 朱 | 2026-01起 |
| 分类救济金 | 261.8 朱 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 朱 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 刘 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 朱 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 朱 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 廖 | 2026-01起 |
| 污水补贴 | 7 朱 | 2026-01起 |
| 合计 | 2592.42 | |

温馨提示

1. 最低生活保障金于每月20日前直接拨付到您的账户。
2. 当您的家庭经济收入、人数或住址发生变动，请及时告知乡镇(街道)工作人员办理调整手续。当不再符合保障条件时，应当退出低保；当家庭经济状况符合保障条件，可以重新申请低保。
3. 您可以通过以下方式咨询低保政策或举报投诉：
 - (1) 向当地乡镇(街道)反映；
 - (2) 拨打12345政府服务热线。

