

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026452

申请日期: 2026年5月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	程		女	2016.2.7			广西桂林	
	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
	急性淋巴白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2026.1.10	50-80万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	程	43	健康				
	母亲	蒋	46	健康				
1、抚养18岁以下儿童 32 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 五万 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 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): 因女儿不幸确诊急性淋巴白血病,需长期住院化疗.治疗.一共5个疗程,前3个疗程费用已经20万元.家庭负债.经济困难.还有一个大女儿在广西梧州学院就读大二,一个女儿上小学四年级.爸妈每年事已高.两老有高血压.现在老公也失业在家.照顾老人和小孩无经济来源.实在负担不起.特申请恤孤基金资助. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 蒋 2026年5月30日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(ALL)缓解,中危). 费用约 50-80万元 医师签名: 王明强 2026年5月30日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元 (大写: 叁万伍仟元整) (分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月10日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万元整) 负责人签名: 秘书处 2026年6月29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: 程 性别: 女 年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 增城院区

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), 将作为程 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蒋

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林信合

电 话: 8924052214

日 期: 2026年 6月30日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 程 性别: 女 年龄: 10岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2026. 03. 16起至今在我院增城院区增-血液肿瘤科1组住院治疗, 因病情需要, 建议暂缓上学。

医师签名: / 徐心雨

日期: 2026. 03. 19

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

兹有患儿程，患急性白血疾病，性别女，年龄10岁，是广西省（区、市）桂林市（州）平乐县（区）平乐乡镇（街道）中关村民小组（居委会），（父亲：程 母亲：蒋 村民（居民）的儿子 / 女儿。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，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：程 身份证号

患儿母亲：蒋 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广西省（区、市）桂林市（州）平乐县（区）平乐乡镇（街道）中关村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

2016年5月26日

