

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: 2026456

申请日期: 2026 年 6 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	汪		男	2021.08.25.			广东省陆丰市	
	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		广妇儿医院	2026.02.04	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 60 %	☐ 商业保险 ____ %	☐ 其他保险 ____ %	☐ 无	
	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; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>10000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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)	父亲	汪	31	良好				
	母亲	徐	30	良好				
尊敬的基金会/救助中心领导: 您好!我是患儿汪的母亲徐,孩子今年4岁,因患急性淋巴细胞白血病,于近期在广妇儿医院住院治疗。自确诊以来已完成诱导缓解化疗等前期治疗,经医保报销后,个人自费部分为19万元。预计后续治疗费用仍需20万。我们是一个单亲家庭,一直由我独自抚养,无他人分担。因长期在医院陪护,我无法正常工作,已辞去工作照顾小孩。恳请贵基金会伸出援手,给予我们紧急救助,本人保证上述情况完全真实。感谢! 申请人签名: 徐 2026 年 6 月 3 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿目前诊断为急性淋巴细胞白血病,治疗费用约30万左右							
	医师签名: 匡 2026 年 6 月 4 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖安 2026 年 6 月 8 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元整) 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：汪 [redacted] 性别：男 年龄：4岁
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广州市妇女儿童医院。

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），将作为汪 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：陈 [redacted]

电 话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电 话： /

经办人：林伟伦

电 话：18924052214

日 期：2026年6月30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 广州市妇孺医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：汪 性别：男 年龄：1岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号： 住院号：

诊断：1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，MEF2D-SS18，中危） 4. 非感染性全身炎症反应综合征（CRS1级）

医嘱及建议：患儿于2026.04.02-2026.05.09在我院血液肿瘤科病房住院治疗。

医师签名： 日期：2026.05.10



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

兹有患儿汪，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别男，年龄4岁，是广东省陆丰市大安镇东七村委会村民小组（居委会），（父亲：汪 母亲：徐）村民（居民）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，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：汪 身份证号：

患儿母亲：徐 身份证号：

情况属实，特此证明。

东七 村委会/居委会盖章：



