

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: 2026480

申请日期: 2026年 6 月 22日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2022.10			广东省英德市	
	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
	急性骨髓系白血病		广州南方医科大学珠江医院	2026.3.10	30万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	陈	26	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>2-3万</u> 元		
	母亲	覃	25	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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）		本人是3岁半患儿陈的监护人，孩子确诊白血病后需长期住院治疗，治疗周期长，父母已能照顾好孩子但无收入，家中还有一名1个月婴儿需要照顾，同时还抚养着90岁老人，全部照料重担在爷爷奶奶身上，奶奶还需长期服药，前期化疗已掏空家中全部积蓄，目前经济多重生活压力巨大，申请拒孤救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 覃 2026年 6 月 22日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊急性骨髓系白血病，住院化疗，现仍需费用约 20 万元。							
	医师签名: 2026年 6 月 22日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2026年 6 月 25日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 251000 元（大写: 贰拾万 壹仟 壹佰 零 元） 负责人签名: 林钧泽 2026年 7 月 6 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: 陈 性别: 女 年龄: 3
病种: 急性骨髓系白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 覃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

18921052117
2026年7月8日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：陈 科室：小儿血液科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年05月18日 出院日期：2026年06月07日
检查结果： 详见出院小结 诊断意见： 1. 急性髓系白血病化学治疗；2. 急性髓系白血病(KMT2A-MLLT3)；3. 化疗后骨髓抑制；4. 脓毒血症； 5. 血淀粉酶增高；6. 高脂肪酶血症；7. 转氨酶升高 处理意见： 住院治疗 医生签名：余新华 日期：2026年06月07日	

签发单位：（盖章）



家庭情况说明

兹有我村古寨村村民覃 [REDACTED]，性别：女，身份证号：
[REDACTED]，地址：广东省英德市黄花镇 [REDACTED]
[REDACTED]，女儿陈 [REDACTED]（[REDACTED]），3
岁零8个月，2026年3月10日，因身体不适，到广州市海
珠区南方医科大学珠江医院就诊，不幸确诊急性髓系白血
病。家庭成员共口6人：陈 [REDACTED] 的父亲陈 [REDACTED] 照顾小孩，
无经济来源；母亲覃 [REDACTED] 目前照顾小孩无工作无经济来源；
爷爷奶奶健康，务农；弟弟，健康，6个月大。目前已在广
州市海珠区南方医科大学珠江医院进行治疗，后期还需花费
医疗费用较大，给家庭带来沉重的经济压力，生活困难。情
况属实。

特此说明！

大琳村村民委员会

村委会联系电话：[REDACTED]

日期：2026年6月9日



