

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: 2026617

申请日期: 2026年7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		
	王	女	2023.7.3		广东省惠州市惠阳区		
	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	惠州市第一人民医院	2026.1.9	50万		/	☐ 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 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无	45%				
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 72000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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)	父亲	王	34	良好			
	母亲	李	32	已肝大三阳 甲状腺			
因患白血病从初步检查到确诊,再到后续治疗过程一省二省三省比较大,三省三省感染未出院,现已花费二十万,被确诊白血病,患者爷爷在患者确诊5天后因病主动卧床,后来破裂去世,加上治疗费,丧葬费等花了近十万元,现在只能靠爷爷的爸爸打工维持生活,后面很长一段时间巨大的治疗费用实在无力支撑,希望得到恤孤的救助,谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年7月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断急性淋巴细胞白血病,费用约50万。						
	医师签名: 丁晓 2026年7月30日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万圆) 元 角 分 负责人签名: 何靖雯 2026年7月31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) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月17日 秘书处							



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: 王 性别: 女 年龄: 3
病种: 急性白血病 治疗医院: 广州医科大学妇女儿童医疗中心

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 麦

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2016年8月18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: 王 性别: 女 年龄: 2岁11 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊 断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2026. 06. 12-2026. 06. 29在我院血液肿瘤科（增）住院治疗。

医师签名: 江 文智海

日 期: 2026. 06. 29

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

兹有患儿王，患白血病疾病，性别女，年龄3岁，是广东省（区、市）惠州市（州）博罗县（区） 乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：王，母亲：袁）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：王 身份证号：

患儿母亲：麦 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

经办人及联系电话:

2026 年 7 月 10 日

