

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: 2026627

申请日期: 2026年7月20日

|               |                                                                                         |                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料          | 姓名                                                                                      |                                                                                                                                                                                 | 性别                                   | 出生年月                                 | 身份证号码                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 户籍所在地      |                                                                  |
|               | [模糊]                                                                                    |                                                                                                                                                                                 | 女                                    | 2019.08                              | [模糊]                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 广东封开       |                                                                  |
|               | 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(中危)                                                                           |                                                                                                                                                                                 | 广东医科大学附属医院                           | 2026.3.9                             | 25万元                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
| 购买保险情况及报销比例   |                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 65%                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 城镇居民 _____% | <input type="checkbox"/> 商业保险 _____% | <input type="checkbox"/> 其他保险 _____% | <input type="checkbox"/> 无                                                                                                                                                                                                                                                                     | 残疾类型和级别: / |                                                                  |
| 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;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>10000</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |            |                                                                  |
|               | 父亲                                                                                      | [模糊]                                                                                                                                                                            | 39                                   | 良好                                   | [模糊]                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
|               | 母亲                                                                                      | [模糊]                                                                                                                                                                            | 36                                   | 良好                                   | [模糊]                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述) |                                                                                         | <p>本人女于2026.3.9.确诊淋巴细胞白血病,需长期住院化疗,我为随护照顾女儿已经辞职,没有收入,孩子母亲也频繁请假陪护,收入微薄,家中还有年迈老人要赡养,幼子在上幼儿园,高额药费和日常支出让家庭负债累累,经济十分困难,因此申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: [模糊] 2026年7月20日</p> |                                      |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
| 医院填写          | 疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(中危),全程治疗预估费用需25万元。<br>医师签名: [模糊] 2026年7月20日                      |                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
|               | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 <u>25000</u> 元(大写: 叁万伍仟零拾零元零角零分)<br>负责人签名: [模糊] 2026年7月22日       |                                                                                                                                                                                 |                                      |                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                  |
|               | 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元(大写: 贰万伍仟元) ( )<br>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: 陈 性别: 女 年龄: 6岁  
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东医科大学附属医院(海东区)

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): 陈

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月19日

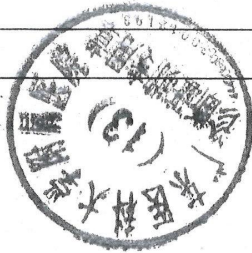
广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

|          |                                                                              |     |   |       |                   |    |   |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-------|-------------------|----|---|
| 姓名       | 陈                                                                            | 性别  | 女 | 年龄    | 6岁                | 职业 | - |
| 证件号码     |                                                                              |     |   | 住址/单位 | -                 |    |   |
| 入院日期     | 2026-05-07                                                                   | 住院号 |   | 科室    | (海东) 儿童血液肿瘤专科病房   |    |   |
| 临床<br>诊断 | 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系) 3. 化疗后骨髓抑制 4. 肺部感染 (真菌) 5. 肝功能检查异常结果 6. 败血症 |     |   |       |                   |    |   |
| 处理<br>意见 | 患者于2026-05-07至2026-06-10于我院住院治疗。                                             |     |   |       |                   |    |   |
| 医师       | 刘丽明                                                                          |     |   | 签发日期  | 2026年06月10日10时25分 |    |   |



## 证明

兹有我村民委员会 村民陈 女，身份证号：  
家庭住址：广东省封开县白垢镇望楼村委会 家庭人口 6 人，收入来源其父母轮流打零散工，该村民确诊患有急性淋巴细胞白血病，于 2026 年 3 月起一直在广东医科大学附属医院治疗。由于治疗所需费用大，全家收入微薄，家庭经济十分困难，无力承担后续医疗费用，经村干部调查以上情况属实。

特此证明

封开县白垢镇望楼村民委员会  
2026 年 7 月 6 日



