

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: 2026674

申请日期: 2026年8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	
	黄		女	2018年11月24日			广东省遂溪县	
	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
	急性髓系白血病		广东省湛江市 陈惠敏医院	2024年6月30日	50万			☐ 是 ☐ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
								/
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5000-15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			
	父亲	33	健康					
	母亲	29	健康					
我女儿现年7岁,确诊高危急性髓系白血病M5型,伴随MLL(11q23)基因融合,属于高复发重血液病。确诊后完成诱导巩固化疗,顺利实施第一次造血干细胞移植。术后精心护理一年半,不幸疾病复发,遵医嘱开展挽救化疗,后续评估达标需进行二次造血干细胞移植,是孩子的最后希望,长期反复住院治疗,目前已耗尽家庭经济全部积蓄,家庭难以负担巨额医疗费用,二次移植需要35万40万,特此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 徐 2026年8月3日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病, 全程治疗费用预计需50万元。							
	医师签名: 蔡和 2026年8月5日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年8月11日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月3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: 黃 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广东医科大学附属医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 徐

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月2日

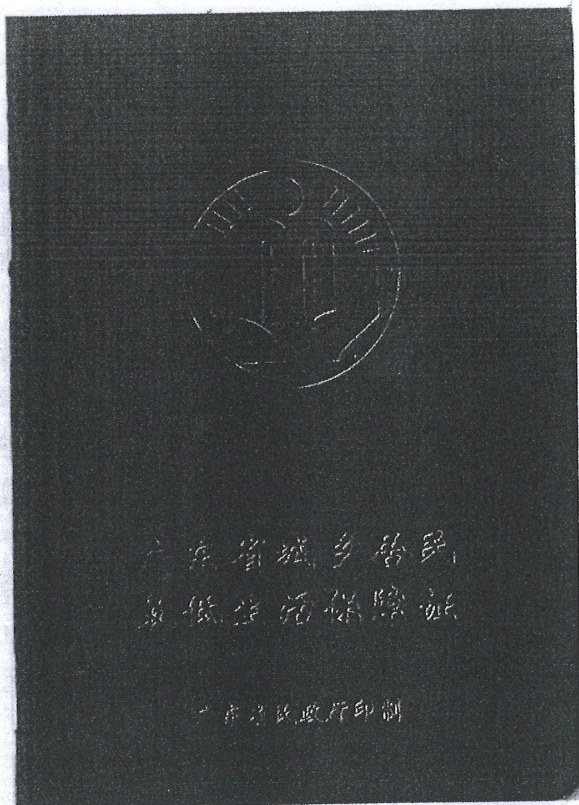
广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	黄	性别	女	年龄	7岁	职业	/
证件号码				住址/单位	/		
入院日期	2026-07-05	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 急性髓系白血病伴MLL基因变异 (二次复发M5 难治性PTPN11(+)) 2. 败血症 3. 继发性血小板减少 4. 中度贫血 5. 牙龈炎						
处理 意见	患儿于2026-07-05至2026-07-28在我院住院治疗						
医师	蓝翔			签发日期	2026年07月28日08时07分		



户主 照片 (核发单位加盖钢印)	
核发单位: 湛江市遂溪县人民政府	
发证日期: 2024年8月1日	
户主姓名: 黄	
身份证号码:	
低保证编号:	

123

户主姓名	黄	性别	女
出生年月	2018年11	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	界炮镇		
户籍 地址	湛江 遂溪		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
有效期至:		
2026年12月31日		

