

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: 2026183

申请日期: 2026年9月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	汤		男	2024年5月			广东广州	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2026年6月8日	35万			☐ 是 ☒ 否
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					残疾类型和级别:
	50%		50%					/
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>3</u> 名; <u>90000</u> 元			
	父亲 汤	31	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>90000</u> 元			
申请救助理由(请详细描述)	母亲 何	32	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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			
因儿子汤于2026年6月8日被医院确诊为急性淋巴细胞白血病,至今已在广州市妇女儿童医疗中心医院住院治疗近月余。目前已产生医疗费用共计18.8万元,经医保报销后,个人仍需承担自费部分约14万元,后续还需长期化疗康复治疗,预计还需要15万元。本人家庭主要收入为打工,月收入仅5000元,且需赡养年迈父母及抚养未成年子女3名。此次突发重病不仅耗尽家里所有积蓄,本人保证上述情况完全真实,现恳请贵会给予救助,以解燃眉之急。基本生活难以维持。 申请人签名: 何 2026年9月8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, 约需35万。							
	医师签名: 黄碧莹 2026年9月10日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖文 2026年9月10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10月12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: 汤 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为该 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 汤 [redacted] 何 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月13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: 性别:男 年龄:2岁30 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊 断: 1. 急性淋巴细胞白血病 2. 感染性发热 3. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型)(卵圆孔未闭)

医嘱及建议: 患儿2026. 06. 02-2026. 06. 30于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名: 潘卓然

日 期:2026. 06. 30

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2岁，是深省（市）洲市（州）黄埔县（区）龙湖乡镇（街道）埔心村民小组（居委会），（父亲：汪，母亲：肖）村村民（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：汪_____身份证号

患儿母亲：400_____身份证号

情况属实，特此证明。



经办人及联系电话

2026 年 9 月 8 日

