

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: 7026808

申请日期: 2026年9月15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	2013年4月24日			广东省阳春市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2026年6月26日	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 56%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /
病童家庭情况	姓名		年龄	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 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	林	44	健康				
	母亲	覃	36	健康				
申请救助理由(请详细描述)		2026年6月26日家中小孩林,不幸确诊为急性淋巴细胞白血病,目前正在接受治疗中。前期治疗已耗光所有积蓄,基本生活难以为继。后续仍需承担约26万元的医药及用药费用,尽管已经申请了医保和相关救助,但自费部分依然高昂,远超家庭承受能力。为了照顾生病的孩子,夫妻两人无法外出务工,导致家庭主要收入来源中断。鉴于家庭目前遭遇重大疾病且经济陷入严重困境,特向贵单位申请,恳请批准。						
本人保证上述情况完全真实。		申请人签名: 覃		2026年9月15日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	确诊急性淋巴细胞白血病(淋巴细胞,IR-IV),预估总费用30万。							
	医师签名: 张品 2026年9月15日							
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万零仟玖佰玖拾玖元玖角玖分)						
负责人签名: 王		委员会 2026年9月17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 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: 林 [redacted] 性别: 男 年龄: 13岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 覃 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 10 月 14 日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：林 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08月22日 出院日期：
检查结果： 2026-06-27行骨髓穿刺术，骨髓涂片细胞学：骨髓增生明显活跃，淋巴细胞比例明显增高，占99.0%，可见97.0%原始淋巴细胞，考虑急性淋巴细胞白血病。 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，PAX5，IR，CR） 处理意见： 住院治疗，规范化疗 医生签名：张品能 日期：2026年08月26日	

签发单位：（盖章）



证明

兹有我村委会 村民林 (男，身份证号： 经南方医科大学珠江医院确诊患有急性淋巴细胞白血病，需长期治疗、服药，因孩子患病需要专人长期照料，导致家长无法正常务工，该家庭总人口 5 人，家庭无稳定经济收入、收支失衡，日常开支、医疗负债压力大，家庭生活陷入经济相对困难状态。希望有关部门按规定给予帮助为盼。

特此证明



2026 年 8 月 27 日

