

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026822

申请日期: 2026年9月21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	2014.08.06			广东省茂名市电白区	
	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
	霍奇金淋巴瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.09.10	25万		/	☐ 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 30%-40%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲	黄	32	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
	母亲	陈	33	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	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							
	本人女儿黄 现年12岁, 2026年8月27日在中山大学孙逸仙纪念医院(花都院区)住院, 确诊霍奇金淋巴瘤, 后续需要多个疗程化疗, 治疗周期长, 医药开支巨大. 家中一共四人, 现在女儿患病需要我全程陪护, 我无法外出工作, 没有经济收入. 孩子母亲此前遭遇车祸, 大腿股骨骨折, 至今还未痊愈, 行动不便, 也无法务工. 全家失去主要收入来源, 家庭经济压力巨大, 难以支撑后续治疗费用. 现特本人保证上述情况完全真实. 申请医院救助, 恳请予以帮扶, 减轻家庭经济负担. 申请人签名: 黄 2026年9月21日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“结中硬化型经典霍奇金淋巴瘤”明确, 于2026-09-11予“CCG-HL-2024, version 1.0”方案化疗, 预计治疗总费用约叁拾伍万元. 医师签名: 林 2026年9月21日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 5 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林 2026年9月21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 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林 2026年10月19日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 黃 性别: 女 年龄: 12
病种: 霍奇金淋巴瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

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: 2016年10月20日

项目救助款由  哥第菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:黄 性别:女 年龄:12岁 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名:黄	住院号:	出生地:广东省茂名市电白区
性别:女	年龄:12岁	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-08-27	出院日期:2026-09-14	
临床诊断:1.恶性肿瘤(经典型霍奇金淋巴瘤,结节硬化型); 2.为肿瘤化学治疗疗程; 3.上呼吸道感染; 4.胸腔肿物; 5.颈部肿物; 6.低钾血症(III°); 7.呕吐(II°); 8.凝血功能异常; 9.转氨酶升高(I°);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2026-09-14	医生: 黎阳	

电白区电城镇南坝村民委员会

证 明

兹有我南坝村委会 村民黄 男，身份证号
码 妻子陈 女，身份证号码：

因去年发生车祸，受伤后行动不便，丧失
劳动力，其女儿黄 患有淋巴瘤，在中山大学孙逸仙纪念医院
治疗，后期医疗费用家庭难以承担，父亲需长期在医院陪护女儿，
无法外出务工，失去家庭主要收入来源，家中还有弟弟在校就读，
教育开支逐年增加，同时家中尚有老人需要赡养照料，日常居家
生活、老人赡养、子女教育等各项开支繁重。该家庭经济收入不
稳定，没有其他经济来源，导致家庭经济困难，情况属实。

特此证明！



18

