

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: 2026830

申请日期: 2026 年 9 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	廖		女	2015.11.19			江西赣州
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性髓系白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2026.4.8	80万元		
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	联系电话		1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>50</u> 元 3、固定资产: <u>2</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>2</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	
	□新农合 <u>40</u> %		<u>40</u> %			3 肠癌手术	
申请救助理由 (请详细描述)	患儿廖 因 2026 年 4 月 8 日确诊急性髓系白血病 确诊后先化疗及化疗缓解后行造血干细胞移植术为救孩子家中积蓄已全部耗尽, 爷爷去年欠下债务同时家中需全天陪护患儿, 且因孩子爸爸做装修工程贷款数额巨大家庭经济十分困难特此申请, 恳请予以审核 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 廖 2026 年 9 月 18 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性髓系白血病 (高危), 化疗并移植造血干细胞移植术 60-80 万元 医师签名: 2026 年 9 月 18 日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何清廷 2026 年 9 月 29 日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 19 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: 廖 性别: 女 年龄: 10
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为廖 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依流

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20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: 廖 性别: 女 年龄: 10岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊 断: 1. 治疗后恢复期 2. 急性髓系白血病(M2, 中危, RUNX1::RUN1T1) 3. 粒细胞肉瘤 4. 造血干细胞移植状态

医嘱及建议: 患儿于2026.09.07至2026.09.08在我院血液肿瘤科(增)住院治疗。

医师签名: 丁文皎 / 丁文皎/马玲

日 期: 2026.09.08

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

兹有患儿廖，患急性骨髓性白血病疾病，性别女，年龄10岁，是江西省（区、市）赣州市（州）龙南县（区）龙南乡镇（街道）新生社区村民小组（居委会），（父亲：廖，母亲：钟）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：廖 身份证号：

患儿母亲：钟 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 8 月 26 日



