

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: 2026832

申请日期: 2026年9月11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	2013.4.25			汕尾陆丰	
	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
	急性白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2025.12.2	50万		/	☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 4级 智力残疾
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%-60% ☐ 城镇居民	☐ 城镇居民	☐ 商业保险	☐ 其他保险	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	林	45	健康				
	母亲	林	43	健康				
1、抚养18岁以下儿童 1 名; 精神残疾 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								
申请救助理由(请详细描述): 广东公益恤孤您好! 我是病童林的妈妈,我们家有4口人,我本人是一位普通工人,家庭经济条件非常困难,林从小就患有白血病,需要一笔我承受不起的费用,今天特地向广东公益恤孤求助,请帮帮我这个贫困的家庭,在此感谢,感恩! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026年9月11日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 后续治疗费用约15-20万 医院名称: 广州市妇女儿童医疗中心 医师签名: 郭子 2026年9月11日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖反 2026年9月20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: 林	性别: 男	年龄: 13
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	

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），将作为林 的治疗费用。

受助人（监护人）: 林

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人: 陈依宏

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 林 性别: 男 年龄: 13岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性重症胰腺炎(假性囊肿) 3. 肝功能检查的异常结果 4. 凝血功能异常 5. 高脂血症 6. 化疗后骨髓抑制 7. 低钠血症 8. 低钾血症 9. 急性淋巴细胞白血病(B细胞, 中危, ATF7IP-CSF1R)

医嘱及建议: 患儿于2026-07-19至2026-08-19在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /匡飞梅/陈启鹏

日期: 2026年08月19日 10:00:48



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

兹有患儿林，患急性白血病疾病，性别男，
年龄13岁，是广东省(区、市)汕尾市(州)陆丰县(区)潭西
乡镇(街道)上埔村民小组(居委会)，(父亲：林
母亲林)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。

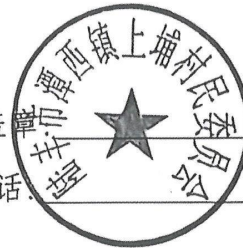
患儿父亲：林 身份证号

患儿母亲：林 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章

经办人及联系电话



2026 年 10 月 18 日



扫描全能王 创建

