版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026849　　申请日期：2026年10月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何[redacted]	男	2018年2月	[redacted]		广东省信宜市	
	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	2026.5.25	30万～40万	[redacted]	[redacted]	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 90 %	☐城镇居民 ____ %	☐商业保险 ____ %	☐其他保险 ____ %	☐无	疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	何[redacted]	31	健康	[redacted]
母亲	成[redacted]	28	健康	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）3～4万元
3、固定资产：0 套房子；0 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）

患病儿童是本人次子，家中还有一个孩子读小学，父母年龄均已超过60岁，无工作无退休金，我们夫妻两人均已辞去工作，家庭断了收入来源。两现要赡养两位老人，扶养两名儿童，生活压力巨大，我们名下均无可变卖资产，本现在院费用都靠以前的积蓄亲朋的捐赠以及借款，目前已花费15万左右，后续治疗时间漫长，费用高，望能得到资助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：成[redacted]　2026年10月8日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患儿诊断急性B淋巴细胞白血病，在我院化疗，预计费用约30万元左右。

医师签名：[illegible]　2026年10月10日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万叁仟叁佰叁拾叁元叁角叁分）

负责人签名：[illegible]　2026年10月13日

中国共产主义青年团 南方医科大学珠江医院委员会

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26日

广东公益恤孤助学促进会 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：何[redacted]	性别：男	年龄：8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），将作为何[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：成[redacted]

电　话[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924052214

日　期：2016年10月27日

南 方 医 科 大 学 珠 江 医 院

诊 断 证 明 书

姓名：何 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18日 出院日期：

检查结果： 血常规：超敏C反应蛋白(HSCRP) 2.55mg/L，白细胞计数(WBC) 1.45G/L↓，中性粒细胞绝对值(Neut#) 1.19G/L↓，血红蛋白(Hb) 84g/L↓，血小板计数(PLT) 159G/L。

诊断意见：

1.急性淋巴细胞白血病化学治疗 ；2.急性淋巴细胞白血病(B细胞型，ETV6-JAK2，HR，CR） ；3.化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

医生签名：

日期：2026年09月01日

签发单位：（盖章）

证明

兹有我村户籍村民何[redacted]男，身份证号码[redacted]其家庭状况：父亲何[redacted]身份证号码[redacted]母亲邓[redacted]身份证号码[redacted]均在家务农，收入低微。妻子成[redacted]身份证号码[redacted]其小儿何[redacted]身份证号码[redacted]患急性淋巴白血病、高尿酸血症、低钾血症等病症，病情严重，医治费用极大，现因儿子得病夫妻二人要照料儿子在院医病不能工作，没有经济收入，还有个儿子何[redacted]在校读书。致何[redacted]就医费用紧缺。

特此证明。

信宜市白石镇垌新村村民委员会

2026 年 8 月 9 日