

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: 2026853

申请日期: 2026 年 9 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	古		女	2012.10.18			广东省广州市花都区	
	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
	急性B淋巴细胞白血病(Pro-B-ALL)		广州市中山大学附属第一医院(花都区院区)	2026.7.9	30万-35万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%-70%	☐ 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	古	41	健康	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: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车 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			
	母亲	李	41	健康				
<p>申请救助理由(请详细描述): 孩子古 13岁,确诊急性B淋巴细胞白血病(Pro-B-ALL),目前正在医院进行化疗治疗,治疗周期长,医疗费用巨大,家庭经济普通,治疗开销大,家庭难以承担高额医药费,特向贵会申请医疗救助,减轻家庭治疗负担。本人保证上述情况完全真实。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 古 2026 年 9 月 28 日</p>								
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 结合患儿病史及辅助检查,“急性淋巴细胞白血病”诊断明确,按《SCCG-ALL-2023方案》中危组化疗治疗,预后费用为贰拾伍万元。</p> <p>医师签名: 林伟 2026 年 9 月 28 日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 57 元 (大写: 5 万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 林伟 2026 年 10 月 9 日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 林伟 2026 年 10 月 26 日</p>							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 古 性别: 女 年龄: 14岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州中山大学孙逸仙纪念医院(花都院区)

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), 将作为古 的治疗费用。

受助人(监护人): 古

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依流

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月27日

项目救助款由



哥哥善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:古 性别:女 年龄:13岁8月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:古	住院号	出生地:广东省茂名市高州市
性别:女	年龄:13岁8月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-07-09		出院日期:2026-07-25
临床诊断:1.急性淋巴细胞性白血病(B,伴 IKZF1 4-7 缺失,DUX4 重排,NF1 突变); 2.急性支气管炎; 3.粒细胞缺乏; 4.转氨酶升高; 5.α地中海性贫血(轻度);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2026-07-25		医生: 周新华

高州市荷花镇大路山村民委员会

证 明

兹有我荷花镇大路山村委会 村民：古 (男，身份证号码：)，其女儿古 近期确诊急性淋巴细胞性白血病，需长期在中山大学孙逸仙纪念医院住院治疗，治疗期间持续产生高额医疗费用，除去医保报销后，自付开支巨大。父妻二人需全程在医院陪护照料，无法外出务工，家庭无经济收入来源。家中父母年事已高，体弱多病，无劳动能力、无任何经济收入。此外，家中另有三名在校读书的子女，教育及日常生活开支沉重，多重压力导致该家庭经济极其困难，生活拮据，负担巨大，确属特殊困难家庭。

特此证明！

高州市荷花镇大路山村民委员会

2026年8月6日



