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：2026867　　申请日期：2026年9月25日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何	男	2019.07			十八	
	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	吉林大学第一医院	2026-7-27	30万			□是 □否
	购买保险情况及报销比例	□新农合 40%-70%	□城镇居民 ____ %	□商业保险 ____ %	□其他保险 ____ %	□无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	何	32	健康	
母亲	黄	31	健康	

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 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）

大儿子何 于2026年7月27日确诊为急性淋巴细胞白血病，同期7月7日小儿子出生，双28周早产儿，被迫打击家庭负担重大，大儿子住院需要照顾，其父亲已辞职，全职照顾无收入。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：黄　2026年9月25日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患儿诊断为急性淋巴细胞白血病，需定期返院化疗，治疗费用需30万元

医师签名：　2026年10月9日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥50000 元（大写：伍万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：　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	性别：男	年龄：7	
病种：急性淋巴白血病	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 的治疗费用。

受助人（监护人）：

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：

电　话：18972405224

日　期：2016年10月29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：16 ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年09月14日 出院日期：2026年09月25日

检查结果：详见出院小结。

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，KRAS，IR，CR） ；3.继发性血小板减少 ；4.化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

医生签名：张文鑫

日期：2026年09月25日

签发单位：（盖章）

南方医科大学珠江医院 诊断专用章

证明

兹有我村民何[redacted]，男，身份证号：[redacted]；其配偶赖[redacted]，女，身份证号：[redacted]二人皆是我长岗村[redacted]村民，其大儿子何[redacted]于2026年7月27日确诊急性淋巴细胞白血病，加上家里还有一名早产幼子尚在新生儿病房救治。这两件大变故导致家里经济十分困难。经核查，以上情况属实。

长岗村委示

2026年8月24日

