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：2026871　　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	
	张[redacted]	男	2018.10.13	[redacted]		广东省潮阳区谷饶	
	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
	急性淋巴白血病	南方医科大学珠江	2026.2.13	50万	[redacted]	[redacted]	☐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	张[redacted]	34	健康	[redacted]
母亲	张[redacted]	33	健康	[redacted]

1、抚养 18 岁以下儿童 3 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）62100 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）

因小孩生病，我跟老婆已经辞去工作，需要在医院陪护小孩，已经断了收入来源，经济压力大，也借的已经借完，家里还有2个老人，我爸爸半年需要透析，外债20来万，不得已才来申请基金，无固定资产，老家只有一处自建房，在我父亲名下，现带小孩来广州治病，无收入，望帮助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：张[redacted]　2026 年 10 月 8 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：确诊急性淋巴细胞白血病，高危型，住院化疗联合造血干细胞移植，需费用约50万元

医师签名：余[illegible]　2026 年 10 月 8 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：[illegible]　2026 年 10 月 12 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥35,000.00 元（大写：叁万伍仟元）

负责人签名：林锦泽　2026 年 11 月 2 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：张	性别：男	年龄：8岁
病种：急淋白血病	治疗医院：~~广东珠江医科~~广州市妇女儿童医学中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款35,000元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为张 的治疗费用。

受助人（监护人）：张

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：

电　话：18924052714

日　期：2016年11月3日

南 方 医 科 大 学 珠 江 医 院

诊 断 证 明 书

姓名：张 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27日 出院日期：2026年10月02日

检查结果： 详见诊疗经过

诊断意见：

1.急性淋巴细胞白血病（T细胞型，TCF7-SPI1，HR）；2.急性移植物抗宿主病（Ⅰ度，皮肤2级，免疫性发热））；3.脓毒血症；4.低蛋白血症；5.电解质紊乱；6.右肾囊肿；7.胃肠功能紊乱；8.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30日

签发单位：（盖章）

南方医科大学珠江医院 病案室专用章



核发单位：汕头市潮阳区民政局

发证日期：2026-05-01

户主姓名：张

身份证号码：

低保证编号：

户主姓名	张	性别	男性
出生年月	2018-10-13	民族	汉族
社保卡（医保卡）号码		家庭人口	1人
居住地址	广东省汕头市潮阳区谷饶镇		
户籍地址	潮阳区谷饶镇		
低保资金发放账号			

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	张	本人	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 （注明：此处贴小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴小一寸照片）
姓名：	姓名：
核发单位 盖章 （注明：此处贴小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴小一寸照片）
姓名：	姓名：

