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（媒体推荐）

编号： 2026885 治疗180次　　申请日期：2026 年 10 月 15 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何	女	2022.9.29			广东肇庆	
	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B型中危	广州南方医院	2025.10.21	50万			☐是 ☑否 残疾类型和级别：
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50+10 %	☐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	/	/	/	/
母亲	何	35	健康	

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元（因照顾孩子无收入）
3、固定资产：1 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）

（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明）

治疗期间，孩子多次出现肺部感染、水痘带症、药物性肠损伤等严重并发症，例化疗方案多次被调整

孩子于2025年10月21日确诊为急性淋巴细胞白血病中危，截止目前已治疗快1年，但后续仍有一年半左右的治疗期，截止目前治疗费用高达20万+，医保报销金额约9.5w万元，自费金额约10.5万+，本人是单亲妈妈，离婚后独自抚养孩子，前夫没有给予孩子抚养费及治疗费的相关支持，孩子突如其来的重病，让我这家庭陷入了极度困境，我独自一人照顾患儿，无法外出工作，未来还有这么长的治疗期，且将续发生的高昂医疗费用，早就把家底掏空，这一年来的治疗费、房租、往返交通费、房贷、营养费都是亲朋好友东拼西凑来维持，已经没地方借了，这两年我都无法工作，没有任何收入，已无力承担，恳请给予救助，帮助我们渡过难关，谢谢!!

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：何 ____　　2026 年 10 月 15 日

调查意见

情况属实。

调查员签名：林钧泽　　2026年 10 月 29 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥10,000.00 元（大写：壹万 ~~仟 佰 拾 元 角 分~~）

负责人签名：林钧泽　　2026 年 11 月 2 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：女	年龄：4
病种：急性淋巴细胞白血病	治疗医院：南方医科大学南方医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款10,000元（大写：人民币壹万元整），将作为何 的治疗费用。

受助人（监护人）：何

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：

电　话：18924052214

日　期：2016年11月3日

南方医科大学南方医院

疾 病 诊 断 证 明 书

姓名	何	年龄	4岁	性别	女	科别	儿童中心二区	就诊ID号	
单位或住址		无						病案号	
入院时间		2026年10月12日				出院时间			

主要检查结果：详见出院小结

诊断：1.恶性肿瘤维持性化疗；2.急性淋巴细胞白血病(B细胞型 中危 缓解)；3.低氧血症；4.支气管肺炎(条件致病菌，恢复期)；

建议：详见出院小结

（主任/副主任/主治）医师签名：

日期：2026年10月16日

特别说明：本疾病诊断证明书 1.由主治医师以上职称人员审核签字，并有医院签章方为有效；2.应陈述患者在我院就诊的客观事实，提出建议，凡涉及对患者在外院诊疗情况、间接致病（伤）的原因等进行主观评价和判断的内容均无效；3.诊疗时限和费用以实际发生为准，医师根据同类疾病治疗经验得出的意见，仅供参考。4.病假时间门诊急性病不超过3天，慢性病不超过7天，住院患者病假原则上不超过1个月（肿瘤及结核、骨科等疾病患者可根据病情适当延长）。



核发单位：[illegible]

发证日期：[illegible]

户主姓名：[illegible]

身份证号码：[illegible]

编　　号：[illegible]

户主姓名	何[illegible]	性别	女性
出生年月	[illegible]	民族	汉族
社保卡（医保卡）号码	[illegible]	家庭人口	2
居住地址	广东省肇庆市高新区大旺[illegible]		
户籍地址	广东省肇庆高新区大旺[illegible]		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	[illegible]	本人	0
	何[illegible]	女	0

家庭成员情况	姓名	关系	月收入

家庭成员照片



核发单位盖章
（注明：此处贴小一寸照片）

姓名：何[illegible]

姓名：

