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：2026940信息时报No.2398　　申请日期：2026年10月21日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑[redacted]	女	2020.08.09	[redacted]		广东汕头	
	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细胞	南方医科大学南方医院	2022.6	15万-20万	[redacted]	[redacted]	□是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 60 %	□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	郑[redacted]	40	健康	[redacted]
母亲	郑[redacted]	37	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） 20000 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）

（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。）

郑[redacted] 2022年6月确诊了急性淋巴细胞白血病-B细胞型在广东省人民医院治疗了10个月花费了十多万元，2024年复发在南方医科大学南方医院移植花费了三十多万元，2026年在北京高博医院做了CART免疫治疗花费二十多万元，加上外购药物已花费了巨额医药费，家庭已无力承担，还要抚养幼儿、老人，希望得到恤孤会的帮助，谢谢！接下来要做的治疗是放疗，医生建议二次移植手术。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：郑[redacted]　　2026年10月21日

调查意见

情况属实。

调查员签名：林钧泽　　2026年11月13日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥40,000.00元（大写：肆万~~仟~~~~佰~~~~拾~~~~元~~~~角~~~~分~~）

负责人签名：林钧泽　　2026年11月16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：郑[redacted]	性别：女	年龄：6岁
病种：急性白血病	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40,000元（大写：人民币肆万元整），将作为郑[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：郑[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：18972405214

日　期：2016年11月18日

南方医科大学南方医院

疾 病 诊 断 证 明 书

姓名	郑	年龄	6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08月31日				出院时间		2026年09月29日	

主要检查结果：详见出院小结。

诊断：1.中枢神经系统白血病；2.急性淋巴细胞白血病，复发性(B细胞型)；3.化疗后骨髓抑制；4.口腔炎(II级)；5.头痛；6.感染性发热；7.低钾血症；8.低球蛋白血症；9.骨髓移植状态。

建议：详见出院小结。

南方医科大学南方医院 住院诊断专用章 (001)

（主任/副主任/主治）医师签名：刘璇　　日期：2026年09月29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：[redacted]

发证日期：[redacted]

户主姓名：[redacted]

身[redacted]

低保证编[redacted]

户主姓名	[redacted]	性别	女
出生年月	2020年8月	民族	
社保卡（医保卡）号码		家庭人口	1
居住地址	[redacted]		
户籍地址	[redacted]		
低保资金发放账号	[redacted]		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	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）	核发单位 盖章 （注明：此处贴小一寸照片）
姓名：	姓名：

