

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：2024626

申请日期：2024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	
	钟		女	2019年8月				广东省揭阳市	
	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		南方医科大学珠江医院	2024年7月30日		30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		残疾类型和级别：
				50 %					
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名；			
	父亲	钟	36	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 70000.1 元			
	母亲	吴	35	健康		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）		2024年7月30日确诊白血病，由于病情需要使用自费靶向药以控制病情，现在需长期化疗中。目前已花费13万元。家庭收入一般，现只有妈妈一人工作。家里还有2岁妹妹需抚养。由于妈妈生病已负债累累，现家庭经济特别困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：钟 2024年10月21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（中危），住院化疗，累计费用20-30万								
	医师签名：林丹华 2024年10月21日								
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名： 2024年10月29日								
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥15,000.00 元（大写：壹万 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名： 2024年11月11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: 钟 [redacted] 性别: 女 年龄: 5岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为钟 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟 [redacted]
电 话: [redacted]
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]
电 话: [redacted]
经办人: 周基明
电 话: 13822279353
日 期: 2024年11月13日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名: 钟 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: 2024年07月30日 出院日期:
检查结果: 诊断意见: 急性淋巴细胞白血病 处理意见: 住院治疗 医生签名: 林丹娜 日期: 2024年07月31日	

签发单位: (盖章)



惠城镇东安社区居民委员会用笺

证 明

兹有广东省 [REDACTED] 我
社区居民钟 [REDACTED]，女，年龄 5 岁，身份证号码：
[REDACTED] 现患有急性淋巴白血病，现在南方医科大学珠江医院治疗，需要大额治疗费用，现其父母不但要照顾患者，
还要照顾年迈在家的老人，家庭经济特别困难，希请给予方便办
理相关手续是盼。

特此证明

惠城镇东安社区居民委员会

2024 年 10 月 18 日



