

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: 2024666

申请日期: 2024年10月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		女	2012.11.26			广东省陆丰市	
	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		广东省人民医院惠福分院	2024.7.26	20~50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 6 名;		
	父亲	林	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 70000 元		
	母亲	林	39	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		家庭农业户口,需抚养18岁以下儿童6名、60岁以上老人2名、家中仅一名劳动人,经济困难,难以承担相关治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2024 年 10 月 29 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病(B细胞型,中危组);中枢神经系统白血病”在我院住院治疗,预计费用20万元人民币左右。							
	医师签名: 李				2024 年 10 月 29 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: 李 年 月 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 高 2024 年 12 月 2 日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王颂汤爱心奖救助款收据

病童姓名: 林[模糊] 性别: 女 年龄: 13
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院惠福分院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为林[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）: 林[模糊]
电 话: [模糊]
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [模糊]
电 话: [模糊]
经办人: 周其明
电 话: 13822279383
日 期: 2014年12月4日



疾病诊断证明书

科室：儿童血液科 编号：
姓名：林 性别：女性 年龄：11岁9月 住院号(门诊号):
入院日期：2024-09-13 出院日期：2024-10-08
处理意见：

患儿诊断“1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型，中危组；3. 中枢神经系统白血病；4. 急性上呼吸道感染；5. 化疗后骨髓抑制”在我院住院治疗。

诊断：

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型，中危组；3. 中枢神经系统白血病；4. 急性上呼吸道感染；5. 化疗后骨髓抑制

医嘱：

儿童血液肿瘤科随诊，1周内返院进一步CAM+PEG-ASP方案化疗治疗，联系电话：020-81884713转80311。

复诊建议：



医师：

李永康

日期：

2024年10月08日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

陆丰市甲西镇客楼村民委员会

证 明

兹于我村村民林[REDACTED]，女，身份证号码：
[REDACTED] 因患有急性淋巴细胞白血病，其
家庭农业户口，经济困难，难以承担相关治疗费用，望
相关部门给予帮助解决，是盼。

特此证明



人民医院儿童血液肿瘤科

