

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: 2025080

申请日期: 2025 年 1 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	程		女	2018.11			湖南省永州市	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.10.11	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 38~60 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <u>电动车</u> ☒ 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		
	父亲	胡	38	良好				
	母亲	程	37	良好一般				
申请救助理由（请详细描述） 胡的父亲（胡），62岁，患有腰椎间盘突出症，长期用药治疗。 母亲（关），60岁，患有腰椎间盘突出症。 女儿程，6岁，患病急性淋巴细胞白血病，中危。 儿子胡，7岁，现上小学。 配偶程，37岁，与程晓霞共同接受治疗中，有乳腺囊肿等吃药中。 本人保证上述情况完全属实。 申请人签名: 胡 2025 年 1 月 13 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 小儿急性淋巴细胞白血病（B-ALL-CP-伴ETV6::RUNX1融合、CREBBP） 明确。按 SLCC6-ALL-2013 方案化疗，预估费用 30 万 医师签名: 刘进 2025 年 1 月 16 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元（大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u> ） 负责人签名: 杨奕 2025 年 1 月 24 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元（大写: <u>贰万零仟一佰零拾一元一角一分</u> ） 负责人签名: 2025 年 1 月 10 日 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：程 性别：女 年龄：6
病种：急性淋巴细胞白血病治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院

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），将作为程 的治疗费用。

受助人（监护人）：胡

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电 话： /

经办人：周基明

电 话：13822279353

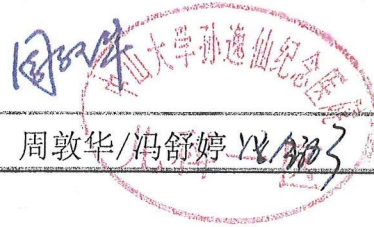
日 期：2015年2月12日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:程 性别:女 年龄:5岁11月4天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号: 住院号:

姓名:程	住院号:	出生地:湖南省永州市 区)
性别:女	年龄:5岁11月4天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024-10-11 14:45		
诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B) 2.右侧颞部肿物查因		
医嘱:继续住院治疗。		
记录日期:2024-10-18 14:49		医生:周敦华/冯舒婷 18/10/24



证明

兹有湖南省永州市[]组村民程[]，女，6岁，身份证号：[]于2024年10月11日确诊为急性淋巴细胞白血病（B），现就医于中山大学孙逸仙纪念医院。其哥哥7岁现就读小学，其母亲程[]辞去工作专程陪同照顾，其父亲胡[]在工作支撑家庭生活支出，其爷爷胡[]62岁/奶奶郑[]60岁，都患有腰椎间盘突出，长期用药，家庭无力支出高昂的治疗费，生活困难，请有关单位方便给予经济支持为盼。

特此证明

湖南省永州市道县胡家村村民委员会

2025年1月10日



