

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: 2025108

申请日期: 2025 年 2 月 17 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李	女	2009.9.20		广东省雷州市		
	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
	白血病	中山大学附属第一医院	2024.11.21	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 40 %	☐ 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 2 名;		
	父亲 李	44	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 7500 元		
	母亲 陈	48	良好		3、固定资产: 7 套房子; 7 辆摩托车; 7 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) 我们家庭的经济状况本就较为困难,无房无车也是务工为主,收入微薄且不稳定。女儿患病后家庭经济更是雪上加霜,目前已负债累累,难以维持生活和治疗开支,因此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025 年 2 月 17 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断“急性淋巴细胞白血病”预估费用 30 万 医师签名: 胡公 2025 年 2 月 17 日						
	医院意见(盖章): 情况属实,请予以援助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万 仟 佰 元 整) 负责人签名: 苏阳 2025 年 2 月 17 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 伍 仟 零 拾 元 整) 负责人签名: 林明 2025 年 3 月 3 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: 李[模糊] 性别: 女 年龄: 15
病种: 白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为李[模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2025年3月5日



姓名: 李

科别: 儿科二科

床号:

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 李 性别: 女 年龄: 15岁 出院科别: 儿科二科

住院号:

入院日期: 2025年01月05日 出院日期: 2025年01月31日

出院诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病, BIV(中危, 缓解期), 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 3. 败血症(人葡萄球菌), 4. 感染性发热, 5. 化疗后骨髓抑制(IV级), 6. 电解质紊乱(低钾血症, 低钙血症, 低磷血症), 7. 低白蛋白血症, 8. 巨细胞病毒感染, 9. 肝功能异常, 10. 维生素D不足, 11. 肺结节, 12. 胸腔积液(双侧, 少量), 13. 脂肪肝

入院情况及诊疗经过: 具体内容详见出院记录。

医师:



雷州市东里镇北坑村民委员会

证 明

兹有我村委会 [REDACTED] 村民李 [REDACTED] (男)
身份证号码: [REDACTED], 其家庭
情况: 农业户口, 家庭经济收入低, 目前家
庭困难。

特此证明



