

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: 2025107

申请日期: 2024 年 11 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2009.08.31			广东省云浮市	
	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B淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2024年7月25日	50万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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 %
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 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 10000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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		
	父亲	黄	57	糖尿病				
	母亲	何	47	精神病				
申请救助理由（请详细描述）		我是患者黄，家庭五口人，分别是我爸爸、妈妈、哥哥还有在上学的弟弟，父母教育文化程度不高，妈妈患有精神病、哥哥智力残疾，家里就我爸爸在种农作物来维持这个家，由于我今年七月份开始出现不凝血，血小板减小，严重贫血，后面做骨穿确诊急性白血病，后续接受治疗，费用很高，家里负债累累，我爸爸已经不堪重负，所以申请求助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024 年 11 月 27 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患化疗新急性B淋巴细胞白血病（复发），化疗缓解后行异基因造血干细胞移植，预计治疗总费用50万元。							
	医师签名: 周伟 2024 年 11 月 27 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 11 月 27 日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025 年 3 月 31 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:	黃	性別:	女	年齡:	16
病种:	急性B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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

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3月5日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：黄

科室：血液内科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：血液内科病区

入院日期：2025年02月25日

出院日期：

检查结果：-

诊断意见：1. 急性B淋巴细胞白血病（难治复发）

处理意见：2025-3-3入层流病房行异基因造血干细胞移植术。

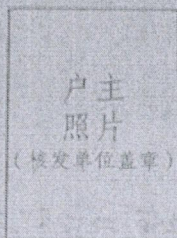
医生签名：

朱

日期：2025年03月03日

签发单位：（盖章）

诊断专用章
(32)



户主
照片

(核发单位盖章)

核发单位: 高峰民政办

发证日期: 2016年6月1日

户主姓名: 黄

身份证号码

低保证编号: _____

-1-

户主姓名	黄	性别	男	
出生年月	1967.7	职业	农民	
医保卡号		家庭人口	5	
居住地址				
户籍地	市 县(市、区) 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	黄	儿子		
	黄	女儿		
	黄	儿子		
	何	妻子		

-2-

