

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: 2025185

申请日期: 2025年4月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2020年11月19日			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
	急性白血病		中山大学附属第一医院	2025年2月14日	三十万			☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 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	陈	30	健康				
	母亲	陈	32	健康				
申请救助理由(请详细描述)		本人陈, 因儿子确诊白血病, 治疗费用昂贵, 家里没有固定收入, 现在妻子为给儿子看病, 在拼凑凑, 已经负债累累, 家里还有一个五个月的女孩子要养, 现如今夫妻两人无经济来源, 生活十分拮据, 生活费医药费更是没有保障, 为此特申请补助, 望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年4月10日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿陈贤来, 目前诊断急性淋巴细胞白血病, 需住院化疗, 预计治疗费用20-30万元。 医师签名: 田 2025年3月31日							
	医院意见(盖章): 情况属实, 请予以救助。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000元 (大写: 叁万 仟 圆 零 角 分) 负责人签名: 黄 2025年4月10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 圆 零 仟 零 佰 零 拾 一 元 零 角 分) 负责人签名: 邓 2025年4月21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:	陳	性別:	男	年齡:	4
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州市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20,000元（大写：人民币贰万元整），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）：陳

电 话：陳

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：2015年4月22日

日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：陈

科别：儿科二科

床号：010

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：陈

性别：男

年龄：4岁

出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2025年02月14日 出院日期：2025年02月28日

出院诊断：1. 急性淋巴细胞白血病，BIII（中危，TEL/AML1阳性），2. 感染性发热，3. 支气管炎，4. 输液港置入，5. 鼻病毒感染，6. 肝功能损害，7. 低白蛋白血症，8. 化疗后骨髓抑制（IV级），9. 神经痛（未特指）（化疗相关），10. 超声心动图异常（GLS减低），11. 肾积液（双侧，轻度）

入院情况及诊疗经过：02-12开始按SCCG-ALL-2023方案化疗，现患儿一般情况可，予办理出院。
具体诊疗经过详见出院记录。



雷州市英利镇昌竹村民委员会

证明

中山大学附属第一医院

兹有我村委会昌竹村儿童陈[REDACTED]，身份证号码[REDACTED]因（白血病）的严重疾病，经过医疗机构确诊，病情较为严重，需进行长期治疗。由于医疗费用昂贵，且患者家庭经济条件较差，已经造成严重的经济负担，无法支付治疗费用，导致家庭生活陷入困境。经核实，该患者家庭经济状况确实困难，家庭成员无固定工作，低收入。且家中的基本生活开销均依靠亲戚与社会的支持才能勉强维持。因此，特此证明该患者因病致贫的情况属实。现向有关部门提出申请，希望有关部门能够给予关注和帮助，给予医疗救助或提供其他形式的援助为盼。

特此证明。

雷州市英利镇昌竹村委会

2025年3月6日

——陈[REDACTED]不属于低保、
——不属于特困、孤儿、事实——
——无人抚养户，属于低收入户——

2025年3月6日

