

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: 2025225

申请日期: 2025年4月14日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	沈		男	2014.4.3			广东汕头	
	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	2025.2.16	50万左右			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	沈	34	健康				
	母亲	林	34	健康				
1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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): 本人儿子沈 于2025.2.16确诊急性淋巴细胞白血病(B),治疗费用高达数十万元,现化疗期间已用去家底积蓄,后期还需要大量的医药费,对于普通家庭现已无法支付昂贵的医药费,希望公益恤孤会能伸出援助之手帮助我们。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 沈 2025年4月14日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿沈 诊断“急性淋巴细胞白血病(B)”,于2025-2-20起按SCC16-ALL-2023方案化疗,预计总化疗费用约30万元。 医师签名: 孙逸 2025年4月17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元(大写: 3万 一仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025年4月28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 零 整 零 一 佰 一 拾 一 元 一 角 一 分) 负责人签名: 林锦泽 2025年5月13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: 沈 [redacted] 性别: 男 年龄: 11岁
病种: 急性淋巴白血病 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), 将作为沈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 沈 [redacted]

电 话: [redacted]

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4月29日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:沈 性别:男 年龄:10岁 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号

姓名:沈	住院号:	出生地:广东省汕头市
性别:男	年龄:10岁	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2025-03-12 15:12		出院日期:2025-03-21
出院诊断:急性淋巴细胞白血病返院化疗(B,伴FLT3-ITD突变);粒细胞缺乏症;贫血;血小板减少;药物性肝功能损害(I度);低钙血症(I度);维生素D缺乏		
出院医嘱:详见出院小结。		
记录日期:2025-03-21 11:54		医生:周敦华

汕头市濠江区滨海街道上头社区居民委员会

证明

兹有我社区居民沈[](男, 1990年10月[]出生, 身份证号码[], 户籍地址: 广东省汕头市濠江区[], 其儿子沈[](男, 2014年04月[]出生, 身份证号码[]), 因患有急性淋巴细胞白血病, 现在中山大学孙逸纪念医院住院就医, 该家庭生活人口多, 经济收入低, 生活拮据困难。无力支付其儿子沈[]治疗费用, 请有关部门给予资助支持, 为盼。

特此证明!



