

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: 2025245

申请日期: 2025年4月30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	2010.04			汕头市潮阳区		
	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		广东省人民医院	2024.12.22	70-100万		/	☐ 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 %	☐ 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>40000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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	42	良好					
	母亲	李	41	良好					
申请救助理由(请详细描述)		本人大儿子患急性淋巴细胞白血病,现在在广东省人民医院治疗,后续需要进行移植手术,高昂的治疗费用对于我们的家庭无法负担,由于我们两夫妻需要到该医院陪护孩子,无法工作,家庭现状没有任何收入,家里还有年近80的老人和三个子女要抚养,家庭经济非常困难,为此,特向贵会申请救助,真诚希望领导核实,予以批准! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年4月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊为急性淋巴细胞白血病,发病于2024年12月,入住广东省人民医院血液科。经骨髓穿刺涂片及骨髓活检确诊为“急性淋巴细胞白血病”。治疗费用大约20-25万人民币。骨髓移植至少50万人民币。								
	医师签名: 周海 2025年4月30日 医院意见(盖章):  建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 会 2025年5月7日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角一分) 负责人签名: 林钢泽 2025年5月19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: 陈 性别: 男 年龄: 15岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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5月20日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 陈 性别： 男性 年龄： 14岁8月
入院日期： 2024-12-22 出院日期： 2025-02-14 16:20:04
处理意见：

患者因“发现颈部肿块1月，发热1天”入院，入院完善骨髓检查，诊断急性淋巴细胞白血病明确，目前我院住院治疗，建议休学一年。

诊断：

1. 急性淋巴细胞白血病；2. 口腔炎；3. 急性上呼吸道感染

医嘱：

继续住院治疗。



复诊建议：

医师：

周净

日期：

2024年12月30日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

低保



核发单位: 汕头市潮阳区民政局

发证日期: 2025-03-01

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	陈	性别	男性
出生年月	2010-4	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1人
居住 地址	广东省汕头市潮阳区		
户籍 地址			
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈	本人	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

