

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: 2025247

申请日期: 2025 年 5 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	
	彭		女	2022.11			广东 韶关	
	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		中山一院	2024.11.29	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 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>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>48000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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	彭	31	良好				
	母亲	卢	31	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	患儿彭 今年 2 岁, 确诊了急性淋巴细胞白血病, 在广州中山大学附属第一医院治疗, 因孩子无新农合医保, 全部费用自费, 已花费 20 多万, 母亲无收入, 家中只靠父亲上班, 望基金领导审批, 予以援助, 谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2025 年 5 月 10 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 彭 确诊了急性淋巴细胞白血病, 预计治疗费用 10-20 万元,							
	医师签名: 尹 2025 年 5 月 11 日							
	医院意见 (盖章): 情况属实, 请求予以救助为盼 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 圆 零 仟 零 佰 零 拾 圆 零 角 零 分) 负责人签名: 黄 2025 年 5 月 13 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 圆 零 角 零 分) 负责人签名: 林 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: 彭 性别: 女 年龄: 2岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为彭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 卢

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电话: 1382279383

日 期: 2015 年 5 月 20 日



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

姓名: 彭

科别: 儿科二科

床号:

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 彭

性别: 女

年龄: 2岁

出院科别: 儿科二科

住院号:

入院日期: 2025年02月20日 出院日期: 2025年02月21日

出院诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病, BIV(低危), 2. 恶性肿瘤化疗, 3. 化疗后骨髓抑制(I级)

入院情况及诊疗经过: 详细见24小时入出院小结。

医师: 王丽娜 / 胡玲
2025年02月21日



证 明

兹有广东省韶关市曲江区马坝镇松山下村委
小组村民卢 女，汉族，身份证号： ；其
长女彭 身份证号： 患有急性淋 巴
细胞白血病。现在广州市中山大学附属第一医院儿童重症
监护室治疗，该家庭无法承受其巨大的治疗费用。望有关部
门及人事给予帮助为盼。

特此证明

广东省韶关市曲江区马坝镇松山下村委

2025年5月19日



