

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: 2025252

申请日期: 2025 年 4 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	陶		男	2015年9月24日			广东省		
	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	
	伯基特淋巴瘤		广东省中医院 大德路 总院	2025.4.5	25万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:	
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	
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) 80000 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				
	父亲	陶	36岁	良好					
	母亲	熊	27岁	良好					
申请救助理由 (请详细描述)		孩子在今年3月份开始生病, 看门诊及住院治疗已经花费了6万多元, 现确诊是伯基特淋巴瘤。此次来到广州治疗, 我们父母双方为了照顾孩子, 暂停工作, 无收入。家中还有两个孩子需要抚养, 来治疗还需要20多万。家庭经济压力比较大。现申请恤孤会的救助, 希望帮助孩子早日康复。							
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陶		2025 年 4 月 7 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断为伯基特淋巴瘤, 按 SCCCG-NAL-2017 方案治疗, 费用约 25 万。								
	医师签名: 2025 年 4 月 9 日								
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥21000 元 (大写: 贰万壹仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025 年 4 月 9 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15000 元 (大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 梁木与 2025 年 5 月 26 日 秘书处									



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: 陶 [redacted] 性别: 男 年龄: 9岁
病种: 伯基特淋巴瘤 治疗医院: 广东省中医院儿科

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款15,000元(大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为陶 [redacted] 的治疗费用。

受助人(监护人): 陶 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人(记者/志愿者/捐赠

方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人:

周基明

电 话:

13822279383

日 期: 2025 年 7 月 27 日

日

诊断证明

陶 [REDACTED] 男，9 岁 6 个月，住院号：[REDACTED]，身份证号：

[REDACTED] 患儿因“牙痛、眼睑浮肿 1 月，腹痛 20 天”
于 2025-04-03 起在广东省中医院儿科住院，诊断为：伯基特淋巴瘤。



证明

兹有我镇冉家屋 [REDACTED] 村民陶 [REDACTED]，身份证号 [REDACTED]，其子陶 [REDACTED]，男，九岁六个月，身份证号 [REDACTED]。陶 [REDACTED] 于 2025 年 4 月确诊伯基特淋巴瘤疾病，目前在广东省中医院儿科住院治疗。该家庭因陶 [REDACTED] 确诊伯基特淋巴瘤疾病后，家庭面临巨大医疗开支。

特此证明



