

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: 2025256

申请日期: 2025 年 4 月 20 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢		女	2010年11月			江西·赣州	
	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(低危)		广州医科大学附属医院	2024年9月	50万(扣除后)			☐ 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			
	父亲	谢	42	良好				
	母亲	刘	38	良好				
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>68626</u> 元 3、固定资产: <u>1</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								
申请救助理由(请详细描述): 患儿谢于2024年9月8日确诊急性淋巴细胞白血病(低危),化疗期间感染急性坏死性胰腺炎,现使用医保外自费药贝林妥欧单抗,开支巨大,家中爷爷奶奶年老体弱多病,长期用药,妈妈辞工照顾,弟弟已止上学,因病导致欠外债20余万,家庭经济困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2025 年 4 月 20 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病(低危),预计治疗费用需要约80-90万元。 医师签名: 梁铭 5685 2025 年 4 月 28 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1.5 元(大写: 壹仟伍佰元 拾元 零角 零分) 负责人签名: WY 2025 年 5 月 19 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20000 元(大写: 贰万 零仟 零佰 零拾 零元 零角 零分) 负责人签名: 梁铭 2025 年 5 月 26 日 (易斌专项)							



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(易娱公益项目)

病童姓名: 谢 [redacted] 性别: 女 年龄: 14
病种: 白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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), 将作为谢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [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: 周其强

电 话: 13822279353

日 期: 2015 年 5 月 27 日



广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 谢 性别: 女 年龄: 14 岁 住院号:

地址: 江西省赣州市

科室: 普通儿科(沿江)

入院日期: 2025 年 3 月 9 日

出院日期: 2025 年 4 月 15 日

诊断: *1. 急性淋巴细胞白血病 (B 系, 高危: IKZF1 大片段缺失)

2. 胰腺积液 (周围包裹性)

3. 双侧 髋关节积液 (少量)

4. 甲状腺功能检查的异常结果

5. 维生素 D 缺乏

建议及注意事项: 详见出院小结。

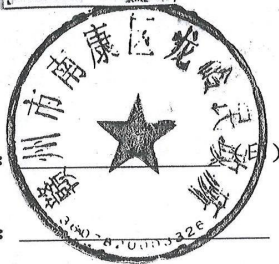
医师签名: 梁铭

梁铭
5685

签章:



日期: 2025 年 4 月 15 日



批准机关：

编号：

发证日期：

2015年4月

户主姓名	谢	性别	女	出生年月	2010.11
保障人口	1	户月保障金额	360	保障类别	☐ 常补 ☒ 非常补
身份证号码				户籍类别	☒ 农业 ☐ 非农业
户籍所在地	龙岭 街道(乡镇)				社区(村)
纳入保障的家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	
谢	本人	女	15	先天性心脏病	

