

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: 2025258

申请日期: 2025年4月27日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	林		女	2023年2月			广东省汕尾市		
	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年3月9日	300000元			□是 ☒ 否	
病童家庭情况	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	□新农合 □城镇居民 □商业保险 □其他保险 □无	□商业保险 □其他保险 □无	□商业保险 □其他保险 □无	残疾类型和级别:		
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名;			
	父亲	林	41	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>15万</u> 元			
	母亲	黄	40	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）	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								
	本人女儿林 于2025年3月确诊为急性淋巴细胞白血病(B)、属中危型白血病,治疗费用高达数十万元,现代病期间已消耗家中所有积蓄后,期还需大量的医疗费用,对于普通家庭现已没有办法支付昂贵费用,同时家中仍有父母及其他2个小孩需抚养,希望公益恤孤助学促进会能伸出援手帮助渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2025年4月27日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿林 于2025-3-6确诊“急性淋巴细胞白血病(B)”;于3-6起按SCCG-AUL-2023方案化疗,预计总治疗费用为30万元。 医师签名: 林 2025年5月6日								
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元（大写: <u>3</u> 万 <u>仟</u> <u>佰</u> <u>拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分）								
	负责人签名: 林伟吟 2025年5月14日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>15000</u> 元（大写: <u>壹</u> 万 <u>伍</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 梁树彬 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: 林 [redacted] 性别: 女 年龄: 2
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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [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: 13822279353

日 期: 2015年5月28日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:林 性别:女 年龄:2岁1月 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号

姓名:林	住院号	出生地:广东省汕尾市城区(区)
性别:女	年龄:2岁1月	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2025-03-05 16:50		住院中
临床诊断:急性淋巴细胞白血病(B)		
医嘱:继续住院治疗。		
记录日期:2025-03-09 17:33		医生:周敦华



周敦华

汕尾市城区
捷胜镇 南门社区居民委员会

证 明

兹有我社区居民林[REDACTED]，身份证号：
[REDACTED]，现年2周岁，因罹患急性淋巴细胞白血
血病，于2025年3月在广州市中山大学孙逸仙纪念医院进行住院治疗。

因患儿病情危重，治疗周期长，目前父母双方为照顾患
儿均已不能工作，家庭难以承担高昂医疗费用，家庭无其他
经济来源，且需赡养老人以及抚养其他两名子女。

鉴于上述情况，该家庭确属经济困难，恳请相关单位给
予医疗费用减免、救助或其他形式的帮扶，以助患儿渡过难
关。

特此证明

捷胜镇南门社区居民委员会

2025年4月29日



