

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: 2025299

申请日期: 2025 年 5 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2021.01			广东省.阳江市	
	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
	急性淋巴白血病		林通仙 纪念医院	2025.4.25	30万元		/	☐ 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;		
	父亲	张	32	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>30000</u> 元		
	母亲	曹	31	健康		3、固定资产: <u>一</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)	因 2025 年 4 月 25 日确诊急性淋巴白血病,家庭收入微薄,治疗费用相当昂贵,现父母两人辞职全力照顾,陪护患儿张,没有任何收入无力承担医疗费用,至此向促进会申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025 年 5 月 28 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者张 于 2025.04.15 于我院诊断为急性淋巴白血病(LB),于 2025.4.27 起开始按 SCCCG-ALL-2023 方案化疗,预估总治疗费用约 30 万元。 医师签名: 邱坤银 2025 年 5 月 28 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元(大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u>)							
	负责人签名: 林伟 2025 年 5 月 30 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>15,000.00</u> 元(大写: <u>壹万伍仟零佰零拾零元零角零分</u>) 负责人签名: 林伟 2025 年 6 月 16 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: 张 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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:

18924052214

日 期:

2015年6月19日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:张 性别:男 年龄:4岁3月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地:广东省阳江市江城区
性别:男	年龄:4岁3月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-04-22 14:12		出院日期:
临床诊断:急性淋巴细胞白血病(B)		
治疗意见: 继续住院治疗		
记录日期:2025-05-09 11:06		医生: 

阳江市江城区城东街金湾社区居民委员会

地址:

电话:

证 明

兹有我社区安宁路 居民张 ,男,2021年1月2日出生,身份证号码 患急性B淋巴细胞白血病,现就医于中山大学孙逸仙纪念医院。

其父亲张 ,男,身份证号码 其母亲曾 女,身份证号码 现家庭无经济收入,生活困难。

特此证明



