

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: 2025322

申请日期: 2025年5月9日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	符		女	2018.4.20			海南省乐东人桥镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病(高危)		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.3.4	60-70万		
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 无 元 3、固定资产 无 辆摩托车; 无 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 符	35	良				
母亲 符		31	良				
申请救助理由(请详细描述): 我女儿符 患有急性淋巴细胞白血病(高危), 因治疗费、自费药支出太大, 家庭生活困难, 积蓄已花光, 现申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 符 2025年5月9日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 经与患儿症状、体征和辅助检查结果, 诊断“急性B淋巴细胞白血病(LHR)”, 2025-3-5起按SCCCG-AU-2023方案化疗, 治疗费用约40万元。 医师签名: 孙逸仙 2025年5月9日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 37,000.00 元 (大写: 叁万柒仟零拾元整) (分) 负责人签名: 林树岭 2025年5月18日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零拾元整) (分) 负责人签名: 林树岭 2025年6月10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: 符 性别: 女 年龄: 7
病种: 急性淋巴细胞白血病(高危) 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花都区)

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), 将作为符 的治疗费用。

受助人(监护人): 蔡

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 7 月 2 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:符 性别:女 年龄:7岁 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名:符	住院号	出生地: -
性别:女	年龄:7岁	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-05-08 10:23		出院日期: 2025-05-08 12:01
临床诊断: 1.恶性肿瘤靶向治疗; 2.急性淋巴细胞白血病(B, HR, 伴 IKZF1 (EXON 4-7) 杂合缺失、CDKN2A (EXON 2, 4) 杂合缺失、ERG (EXON 1-5) 杂合缺失);		
治疗意见: 继续予贝林妥欧靶向治疗, 2025-5-13 返院, 请提前致电 020-36997891 预约床位。		
记录日期: 2025-05-08 12:01		医生: 周毅华 

证 明

兹有符 (身份证号码:), 系
我市八所镇大坡田村农村低保对象, 其家庭生活困难, 请按
政策给予照顾。

特此证明

证明人:



