

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: 2025399 申请日期: 2025年7月16日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2021.1.1			广东惠来县神泉镇	
	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		广州医科大学附属第一医院	2024.11.25	35万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	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	
	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) 3万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 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)	父亲	吴	30	健康				
	母亲	黄	28	健康				
医院填写	本人吴妈妈, 吴前年查出《白血病》至今还在治疗过程中, 让本就不富裕的家庭雪上加霜, 家里还有一个六个月大的弟弟要照顾, 爸爸白天要照顾小孩, 晚上就点钟工收低微, 家有两位老人赡养, 坚持到现在家境一贫如洗, 负债累累, 特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年7月16日							
	疾病诊断及治疗(费用): 患儿于2024年12月我院确诊急性B淋巴细胞白血病(中危) 规范治疗后完全缓解。目前仍持续住院治疗中。总病程需约2.5年。总费用需约35万元(人民币) 医师签名: 吴冲霖 2025年7月17日							
医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万零仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 2025年7月24日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万零仟零拾零元零角零分)(易破现) 负责人签名: 2025年8月9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

(易嫫公益项目)

病童姓名: 吴 性别: 女 年龄: 4
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为吴 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025年8月4日



疾病诊断证明书

姓名：吴

性别：女

年龄：4岁

住院号

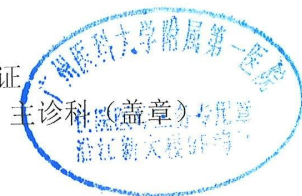
经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

诊断：*1. 为肿瘤化学治疗疗程

2. 急性淋巴细胞白血病 (B系，中危，CRLF2基因重排阳性)

3. 化疗后骨髓抑制

此证



吴泽霖
006222

主诊医师：吴泽霖*

医务科(盖章)

日期：2025年6月24日



惠来县神泉镇横山村民委员会

证 明

兹有我村村民吴[REDACTED]男，身份证号码：

[REDACTED] 现已婚生育两个孩子，其妻子料理家务，本人无固定职业，家庭经济收入低，是属我村低收入户。

特此证明

神泉镇横山村民委员会

2025年7月14日

