

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: 2025405

申请日期: 2025年7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	
	林		女	2014年11月28日			广东茂名	
	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		广州南方医科大学珠江医院	2025年6月26日	20万-30万			☐ 是 ☒ 否
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 90%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☒ 无		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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2-3万 元 3、固定资产: 0 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		
	父亲	林	35	良好				
	母亲	陈	31	良好				
申请救助理由(请详细描述)		因女儿林 现身患白血病,我现在也没有工作收入现在医院陪护治疗和照顾小孩,家里也还有两个小孩也需要抚养,除去日常开销无力承担孩子如此高额的治疗费用了,该爸爸现也没有收入来源,家庭经济收入低微,生活贫困,后续还需要长期的治疗,治疗费用巨大,家庭无力承担,希望能帮助我们这困难的家庭,帮助孩子战胜病魔,重获健康回到正常的生活。我和 爸爸也是离婚了,各自有父母要养,本人保证上述情况完全真实。 本身家庭就是负债累累,现在的治疗更是困难重重。 申请人签名: 陈 2025年7月28日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿于我院确诊为“急性淋巴细胞白血病”,根据血常规及骨髓穿刺检查结果,确诊为白血病,大概治疗费用10-20万元。							
	医师签名:		2025年7月28日					
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万 零仟 零佰 零拾 零元 零角 零分) 负责人签名: 2025年7月28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 零佰 零拾 零元 零角 零分) 负责人签名: 2025年8月8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: 林 性别: 女 年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2025年8月5日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：林 科室：小儿肿瘤科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿肿瘤科病区	入院日期：2025年06月23日
检查结果：2025-06-24 骨髓细胞学检查与诊断初查(血液科)：考虑急性淋巴细胞白血病，请结合细胞免疫分型及相关基因检测诊断。 2025-06-25骨髓：流式细胞结果符合急性B淋巴细胞白血病/淋巴母细胞淋巴瘤(Common-B-ALL/LBL)免疫表型。 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病(Common-B) ； 2. 肺部感染 ； 3. 肺结节(左肺下叶) ； 4. 腹腔积液(少量) ； 5. 乳酸脱氢酶升高 处理意见：住院治疗。 医生签名：兰和列 日期：2025年06月26日	

签发单位：（盖章）



证 明

兹有我村委会 村民林 (女, 身份证号码: , 患白血病, 现在在南方医科大学珠江医院治疗。父亲林 (男, 离异) 长期在家务农, 弟弟林 (男,), 妹妹林 (女,) 年龄尚幼, 姐弟三人均由父亲林 抚养。家庭经济收入低微, 生活贫困!

特此证明。

广东省茂名市电白区林头镇大群村民委员会



