

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: 2025407

申请日期: 2025 年 7 月 29 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑		女	2021.5.27			广东汕头	
	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		广东省人民医院	2025.3.7	10万-20万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</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		
	父亲	郑	31	健康				
	母亲	林	31	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	我女儿确诊急性淋巴细胞白血病, 现在广东省人民医院治疗。我们夫妻双方住院照顾, 无此出去打工, 没有收入, 家中还有一个儿子准备上小学, 因孩子治疗费用支出, 家庭经济负担重, 现向基金申请救助! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郑 2025 年 7 月 29 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 女儿在我院经过骨髓移植, 诊断为急性淋巴细胞白血病 (B 细胞型, 标准组)。在我院住院化疗, 预计费用 10 万元人民币左右。							
	医师签名: 李永康 2025 年 7 月 29 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025 年 7 月 30 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 7 月 30 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：郑 性别：女 年龄：4岁2个月
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：广东省人民医院

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），将作为郑 的治疗费用。

受助人（监护人）：郑

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：林作韵

电 话：1892405214

日 期：2015年8月5日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
住院号(门诊号)：
姓名： 郑 性别： 女性 年龄： 4岁1月 床号： 周转2床
入院日期： 2025-07-21 出院日期： 2025-07-21
处理意见：

患儿诊断“1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——普通B细胞型，ETV6（TEL）/RUNX1（AML1）阳性，低危组；3. 低纤维蛋白原血症”在我院住院治疗。

诊断：

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病——普通B细胞型，ETV6（TEL）/RUNX1（AML1）阳性，低危组；3. 低纤维蛋白原血症

医嘱：

儿童血液科随诊，监测血常规和血浆纤维蛋白原含量的变化，7月28日入院继续完成再诱导阶段的VAD方案化疗治疗，联系电话：

复诊建议：

医师：

李永康

日期：

2025年07月21日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用



汕 头 市
潮阳区和平镇白石社区居民委员会
电 话

证明

兹有我居委居民郑 [REDACTED]，女，身份证号 [REDACTED] 其母亲失业在家，家中还有哥哥在读书，家庭负担大，其家庭经济靠父亲打零工维持，生活十分困难。现在郑 [REDACTED] 本人又被诊断出重症疾病，急需治疗，希请为其提供帮助，减轻其家庭压力，度过难关。

特此证明



地址：汕头市潮阳区和平镇白石社区 [REDACTED]

联系电话 [REDACTED]

