

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: 2025418

申请日期: 2025 年 8 月 1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨		男	2022年10月			广东省茂名市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学附属医院	2025年1月24日	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
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;		
	父亲	杨	38	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000 元		
	母亲	何	35	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 1 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） 孩子不幸患上白血病，目前正在接受治疗，因孩子治疗费用大，家庭经济负担重，家里只有老公一人做工，还有老人要养，孩子上学等费用支出，基本生活出现困难，望社会各界给予帮助。2022年，家公不幸患肺癌晚期，花费十几万，2024年小叔子患脑肿瘤晚期，又帮助其做手术花了几万，现如今家庭负债累累，孩子后续还要治疗，已无力支付，望给予帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025 年 8 月 1 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患急性淋巴细胞白血病，规律化疗，治疗费用约 20 万元。 医师签名: 冯娟 2025 年 8 月 1 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 五万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 8 月 6 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 11 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: 杨 性别: 男 年龄: 2岁10个月
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), 将作为杨 治疗费用。

受助人 (监护人): 何

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12日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：杨 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年07月17日 出院日期：2025年08月01日
检查结果： 详见出院小结。	
诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化疗治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，KRAS，NRAS，IR，CR）；3. 中枢神经系统白血病；4. 化疗后骨髓抑制；5. 脓毒血症；6. 尖孢镰刀菌感染；7. 低纤维蛋白原血症 处理意见：住院治疗。	
医生签名：黄露露	
日期：2025年08月01日	

签发单位：（盖章）



附件 2

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）杨（法定监护人姓名），身份证号 ，家庭住址茂南区羊角镇，家庭人口共5人，家庭年收入为36000元。其子/女杨（申请救助儿童姓名），身份证号 ，患有急性淋巴细胞白血病疾病，已在广州市南方医科大学珠江医院（医院名称）接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会所在地：广东省（区、市）
市（州）茂名县（市、区）羊角乡镇（街道）。

村（居）委会经办人签字：黄

2025



