

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: 2025506

申请日期: 2025年9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	
	张		女	2012年3月26日			广东省封开县	
	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
	非霍奇金淋巴瘤		广东省中医院大德路总院	2025年4月	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 50%	☐ 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 1 名;			
	父亲 张	55	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 1-3万元			
	母亲 李	55	健康		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			
申请救助理由(请详细描述)	本人是农村户口, 家里有5口人, 有一个在读大三的姐姐。今年4月份我确诊为非霍奇金淋巴瘤, 自确诊以来, 我一直积极接受治疗, 但高昂的医疗费用已经让我的家庭不堪重负。为了给我治病家人不仅用尽了所有积蓄, 还向亲戚朋友借了不少钱。而且我的爸爸妈妈均是初中及以下的学历, 没有固定工作, 在家务农。因此家庭经济负担很重, 所以我诚恳地向贵机构申请大病救助资金, 用于后续治疗。							
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025年9月16日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊非霍奇金淋巴瘤, 行化疗10个疗程, 自体造血干细胞移植							
	费用 20万左右。							
	医师签名: 李慧 (一) 2025年9月16日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)								
负责人签名: 何仲奎 2025年9月16日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) (善及深呼吸 吴金叶刘振 孟书助书)								
负责人签名: 何书 2025年9月22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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 张 性别: 女 年龄: 15
病种: 非霍奇金淋巴瘤 治疗医院: 广东省中医院大德路总院

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2015年9月25日

住院疾病诊断证明

患者张 女，15 岁，住院号 身份证号码：

诊断非霍奇金淋巴瘤，于 2025-09-15 入广东省中医院血液科住院治疗。



证 明

兹有我村委会竹西村村民张 [REDACTED] 身份证：
[REDACTED] 全家共 5 口人，其患非霍奇金淋
巴瘤，花费了十几万的治疗费用，父母在家务农，收入
经济底下，属于低收入家庭，难以承担治疗费用，其家
庭无房，一家人现借居在大伯家中，情况属实。

特此证明

金装镇仁厚村委会

2025 年 9 月 8 日



