

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: 2025545

申请日期: 2025年10月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓		男	2022.8.24			广东肇庆	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.6.10	500000			□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 2 名;		
	父亲	邓	36	一般		2、家庭年收入(不含政府补贴) 45000 元		
	母亲	林	29	一般		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		因大儿子邓 被确诊急性淋巴细胞白血病B型高危, 妻子林 专程在医院陪同照顾大儿子邓 市人邓 半工作在家照顾小儿子邓 没有经济收入来源。家庭主要收入为邓 低收入的工作, 无力支付高昂治疗费用。特需社会帮扶救助, 谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓 2025年10月8日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 预估总费用30万元。							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025年10月11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 仟 零 佰 元 角 分) (普及呼吸 炎急性病 急救中心) 负责人签名: 2025年10月20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: 邓 性别: 男 年龄: 3
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为邓 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林佳福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月21日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:邓 性别:男 年龄:2岁10月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:邓	住院号	出生地:广东省肇庆市高要区
性别:男	年龄:2岁10月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-07-01 15:45		出院日期: 2025-07-15 09:00
临床诊断: 1.急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, HR, NR, 伴 EZH2 突变、IKZF1 缺失 (· exon1-8)、CUX1::NUTM1 融合); 2.药物性肝损害 I°; 3.低钙血症 I°;		

治疗意见: 详见出院小结	记录日期:2025-07-15 09:00	医生:
-----------------	-----------------------	-----



家庭经济困难证明

兹有我社区 居民邓 (身份证号码:

的家庭人口 4 人, 劳动力 2 人, 本人
无固定收入宜收入低; 妻子林 (身份证号码:

家庭主妇, 照顾两个幼小儿子, 没有
经济收入来源; 大儿子邓 (身份证号码:

年龄 2 岁 10 月, 患急性淋巴细胞白
血病、粒细胞缺乏伴发热、中度贫血、低钠血症 II; 二儿子
邓 (身份证号码: 年龄 1 岁 7

月; 家庭成员因出现重大疾病导致家庭支出型贫困, 并且家
庭经济低收入造成家庭经济困难。

特此证明

肇庆市高要区白土镇长坑社区居民委员会

2025 年 9 月 27 日



