

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: 2025547

申请日期: 2025 年 10 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	刘		男	2018.6.11			广东省珠海市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性淋巴细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.3月	50万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险	是否残疾		残疾类型和级别:	
申请救助理由(请详细描述)	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 刘	33	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35 元		
医院填写	母亲 李	31	良好		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车		
					4、家庭困难类型:		
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2025 年 10 月 10 日							
疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病(3.24g, 骨髓外脾肿大, 二倍体核型改变, CBL, TP53 突变, ETUb: RUNX1 (6.6)), 确诊总费用约 50 万元。 医师签名: 2025 年 10 月 10 日							
医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金: 37 元 (大写: 3 万 一 千 一 百 一 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 30,000.00 元 (大写: 叁 万 零 壹 千 零 拾 元 零 角 零 分) (普及助学吸收 负责人签名: 2025 年 10 月 20 日 吴念计划病 量救助意见)							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据 (普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 刘 性别: 男 年龄: 7岁
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(花都区院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人):

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林佳音

电 话: 189 2405 2214

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:刘 性别:男 年龄:7岁1月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:刘	住院号	出生地:河南省信阳市光山县
性别:男	年龄:7岁1月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-08-09 16:22	出院日期:2025-09-05 09:15	

临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病复发(B, IR, 骨髓+髓外, 伴超高二倍体核型改变、CBL、TP53突变, ETV6::RUNX1 融合); 2.急性白血病髓外复发(中枢、眼、腰椎、肝、双肾、多发淋巴结); 3.感染性发热; 4.化疗后骨髓抑制; (1) 药物性血小板减少; (2) 轻度贫血; 5.药物性肝损害; 6.继发性肾损害; 7.心肌酶谱异常;

治疗意见:
请见出院小结。



记录日期:2025-09-05 09:15

刘同志:

经审查,你家庭符合信政[2006]
35号文件的有关规定,现批准享受农
村居民最低生活保障待遇。



领取证编号:

2022年10月9日

户主姓名	刘	
性别	男	
年龄	4	
家庭人口	1	
身份证号		
家庭住址	河南省光山县	
保障金额		
备注		

20 年低保家庭审核记录		
县(市、区)民政局	经办人签章	
	负责人签章	
	审核意见	(盖章)
	审核时间	年 月 日
20 年低保家庭审核记录		
县(市、区)民政局	经办人签章	
	负责人签章	
	审核意见	(盖章)
	审核时间	年 月 日

