

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: 2025548

申请日期: 2025 年 9 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	
	谢		男	2020-02-28			广西陆川县	
	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
	急性淋巴细胞白血病		珠江医院	2025-6-18	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 90 %	☒ 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>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</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	谢	39	良好				
	母亲	罗	39	良好				
申请救助理由（请详细描述）	兹有谢 2025年7月2日因高烧不退入住珠江医院，确诊急性淋巴细胞白血病，需完成11个疗程，周期较长，费用高，目前已用11万元左右，因都在医院照顾小孩，目前无收入，望恤孤给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2025年 9 月 29 日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断急性淋巴细胞白血病（B淋巴细胞型，EIA-PBX1, IR），大概需要20-30万							
	医师签名: 张亚芳 2025年 9 月 29 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万零佰零拾元零角零分） 负责人签名: 2025年 10 月 15 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万零佰零拾元零角零分） 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: 谢 性别: 男 年龄: 5
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为谢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

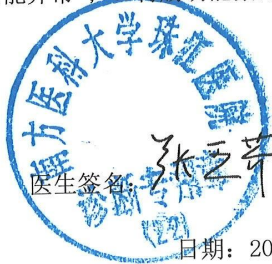
经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月21日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：谢 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08月03日 出院日期：2025年08月09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，TCF3::PBX1，NRAS，IR）；3. 颈内静脉血栓形成；4. 化疗后骨髓抑制；5. 凝血功能异常；6. 胃肠功能紊乱 处理意见：住院治疗。  医生签名：张之奇 日期：2025年08月09日	

签发单位：（盖章）

证明

兹证明 谢 (身份证号码: ,

家庭住址: 广西陆川县良田镇)

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2025年08月01日

该证明开具日期为2025年10月20日, 自开具日期起有效期
为 1 个月。



