

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:

2025573

申请日期: 2025年10月21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	2013年8月			广东省广州市天河区	
	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		广东省人民医院	2025年8月8日	80万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 60_%	☐ 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			
	父亲	刘	47	健康				
	母亲	刘	44	健康				
1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 8万 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 2 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): 本人为患有儿童监护人母亲林 现已辞职全职陪护, 其父刘 外为第2为家中唯一经济来源, 家中尚有无劳动能力的爷爷需要赡养以及就读初中学业的姐姐。因患病病情紧急特殊, 治疗周期较长, 目前仍处于化疗阶段, 各项医疗费用、护理费等给家庭带来极大的经济负担, 生活极为窘迫, 为进一步接受治疗, 特向“广东公益恤孤助学促进会”组织申请经济救助支援, 希望孩子能早日战胜病魔健康成长。本人保证上述情况完全真实。我们感恩铭记在心! 申请人签名: 林 2025年10月21日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病(T细胞型)”, 预估住院费用约贰拾万元左右。							
	医师签名: 常 2025年10月22日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2025年10月27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) (不予以救助) 负责人签名: 2025年11月3日 秘书处 (盖章)								



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: 12
病种: 白血病	治疗医院: 广东省人民医院	

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), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年11月4日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
住院号(门诊号)：
姓名： 刘 性别： 男性 年龄： 12岁 床号：
入院日期： 2025-08-08 出院日期： 2025-09-18

处理意见：

患者因“活动耐量下降1年，加重伴纳差1周”入院治疗。



诊断：

1. 急性淋巴细胞白血病；2. 肿瘤溶解综合征；3. 弥散性血管内凝血；4. 多脏器损伤——肾，血液，肺，胰腺；5. 高白细胞白血病；6. 重度贫血；7. 血小板减少；8. 电解质紊乱——高钾，低钙，高磷，高尿酸血症；9. 中性粒细胞减少症；10. 急性胰腺炎；11. 化疗后骨髓抑制；12. 药物性肝损害

医嘱：

定期复查血常规，儿童血液科随诊；定期返院化疗，不适随诊

复诊建议：

医师： 曾浩

日期： 2025年09月18日

- 注：
1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
 2. 涂改无效
 3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

家庭情况证明

兹我村村民刘 (身份证号码：

户籍地：广东省龙川县车田镇教丰村

委会 因犯急性淋巴白血病（T细胞型）目前在医

院接受治疗。其母亲林 身份证号：

已辞职专门陪护，父亲刘 身份证号：

是家中唯一的经济来源，其中还有无劳动能力的爷爷赡养、姐姐

在读书。目前在医院整体的开销较大，导致家庭经济负担重、基

本生活陷入困境。

情况属实，特此证明！

情况属实
2025年10月16日

车田镇教丰村委会

经办人：刘

日期：2025年10月13日

