

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: 2025583

申请日期: 2025年 11月 3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	谢		女	2016.5.19			广东省湛江市徐闻县		
	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	
	急性髓系白血病		中山一院	2025.7.12	40-50万			☐ 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 70%	☐ 商业保险 65%	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3-4万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>/</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	38	健康					
	母亲	邓	31	健康					
申请救助理由(请详细描述): 我的孩子谢 现年9岁,于2025年7月12日被确诊为高危急性髓系白血病,目前正在中山一院接受治疗.治疗方式:如化疗、手术治疗、移植等.该病治疗周期长、医疗费用高昂.普通家庭实在难以支撑.为全程照顾陪护孩子,父母已无工作.家庭也无固定收入.恳请公益系能够伸出援手,给予我们救助. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 邓 帮助孩子重燃生命之光. 2025年 11月 3日									
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 衷心诊断急性髓系白血病,有相关检查,估计费用约30万.								
	医师签名: 江如 2025年 11月 3日								
	医院意见(盖章): 情况属实,请求给予救助. 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万圆整) (拾元圆角分) 负责人签名: 黄佩 2025年 11月 10日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元(大写: 贰万圆整) (拾元圆角分) 负责人签名: 王 2025年 11月 15日 秘书处									



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 [redacted] 性别: 女 年龄: 9岁
病种: 高危急性髓系白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为谢 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人:

电 话:

日 期: 2025年11月11日



中山大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：谢

科别：儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：谢 性别：女 年龄：9岁 科别：儿科二科 床号 住院号

目前诊断：急性髓系白血病(M5b, 高危, MLL: : KMT2A阳性、EVI1过表达)

龋齿

入院情况及诊疗经过：患儿诊断急性髓系白血病，高危，有造血干细胞移植指征，且家属移植意愿强烈，现患儿入院排除禁忌症，2025-11-01起行移植前预处理清髓化疗，拟11-10行亲缘供者造血干细胞移植。

医师签名：

2025年11月06日

徐闻县徐城街道附城社区居民委员会

证 明

兹有我徐城街道附城社区村民邓 [REDACTED] 女，身份证号码：

[REDACTED] 女儿谢 [REDACTED] (身份证号码：

[REDACTED] 患有高危急性髓系白血病，现在在广州市中山附属医院住院治疗，需要做造血干细胞移植，移植需要大量医疗费用，住院费，移植费，进口外购药费用，普通家庭难以支撑高额医疗费用，望有关单位机构给予帮扶为盼。

特此证明

徐城街道附城社区居民委员会

2025 年 10 月 27 日



