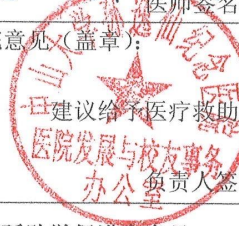


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025607

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	
	苏		女	2014.7.25			广西梧州市	
	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	2025.4.17	30万元		/	☐ 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 ☐ 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	苏	40	良好				
	母亲	梁	35	良好				
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>3.3</u> 元 3、固定资产: <u>2</u> 套房子; <u>0</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								
2024年4月17日苏 在广西医科大学第一附属医院确诊急性淋巴细胞白血病,至今医疗费已花费为10万元,家用汽车已售卖,房产两套,一套自住,另一套小房挂售,借款负债约15万。爸爸在2025年2月失业,因要照顾孩子未能再就业,妹妹三岁半,因家庭经济困难推迟入托;奶奶23年做子宫肌瘤手术,伴有冠心病,需常年定期复查吃药。目前主要开销为租房(月租2400元,因奶奶有晕厥史,遂老幼接过来)自费靶向药奥雷巴替尼(1-2),自费化疗药单抗一个疗程约12万元,长期住院治疗。目前家庭仅有妈妈工作收入,工资两千。特此申请补助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年11月3日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者2025-04外院诊断急性淋巴细胞白血病(B),因化疗大片段缺失,临床危险度为高危,2025-04先后于外院及我院按SCCG-AII-2023方案化疗,联合TKI靶向治疗,患儿现因骨髓分子学未转阴,需更换奥雷巴替尼靶向治疗联合化疗等治疗。需费用40-50万元。 医师签名: 邱坤强 2025年11月4日							
	医院意见(盖章): 							
	建议给予医疗救助金 ¥ 29000 元 (大写: 贰万玖仟零元零角零分) 医院发展与校友事务办公室 负责人签名: 杨华 2025年11月6日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零元零角零分) 负责人签名: 周其明 2025年11月17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

病童姓名: 苏 [redacted] 性别: 女 年龄: 11
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为苏 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林作福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 11月 18 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:苏 性别:女 年龄:10岁11月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:苏	住院号	出生地:广西壮族自治区梧州市万秀区
性别:女	年龄:10岁11月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-06-30 11:43		出院日期:2025-07-19 09:01
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B,HR,伴 IKZF1 (EXON4-7) 杂合缺失, P190 阳性); 2. 中度贫血; 3. 血小板减少; 4. 粒细胞缺乏;		
治疗意见: 见出院记录。		
记录日期:2025-07-19 11:02		医生: 周敏华



证 明

兹有辖区居民苏 [REDACTED] 男，身份证号：
[REDACTED] 该居民居住在梧州市万秀区龙
山路 [REDACTED] 月收入 2200 元，据了解其
女儿苏 [REDACTED]（身份证号 [REDACTED]）患急
性淋巴细胞白血病，有巨大医疗开支。

特此证明！

（此证明仅用于申请大病补助）



2025 年 9 月 10 日

