

### 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: 2025629

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                      |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 周                                                                                                                                                                             | 男                                           | 2020.5.1                      |                               |                               | 广西桂林市临桂区                   |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                                                                                                                                     | 中山大学孙逸仙纪念医院                                 | 2025.9.10                     | 40万元                          |                               |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 | <input type="checkbox"/> 商业保险 | <input type="checkbox"/> 其他保险 | <input type="checkbox"/> 无 |                                                                              |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                         | 姓名                                                                                                                                                                            | 年龄                                          | 健康情况                          | 联系电话                          |                               |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 父亲 周                                                                                                                                                                          | 44                                          | 健康                            |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 母亲 谢                                                                                                                                                                          | 41                                          | 健康                            |                               |                               |                            |                                                                              |
| 1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) 18000 元<br>3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)                                                                                                                                                                                                                                                 | 我叫周 儿子周 从小就体弱多病,经常患病,不幸于2025年9月10日确诊急性淋巴细胞白血病,刚确诊的时候真心感觉天都要塌了,家里两小孩都靠我一个人打零工为生,孩子母亲没有工作,上学初中家庭年收入1.8万,孩子患病更让家庭陷入困境,希望社会爱心人士能伸出援手,本人保证上述情况完全真实。<br>救助周子浩 申请人签名: 周 2025年 11月 3日 |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                           | 疾病诊断及治疗 (费用): 患儿周 于2025年9月诊断为急性淋巴细胞白血病,于2025年9-12月接受6个疗程化疗,现已完成诱导化疗及CAM-IP阶段化疗,后续治疗费用约30万元。<br>医师签名: 林 2025年 11月 3日                                                           |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 医院意见 (盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 林 2025年 11月 12日                                                                                                 |                                             |                               |                               |                               |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 分)<br>负责人签名: 2025年 11月 24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: 周                       | 性别: 男 | 年龄: 5岁 |
| 病种: 急性淋巴细胞白血病 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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林传福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月26日

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:周 性别:男 年龄:5岁5月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:周 住院号 出生地:广西壮族自治区桂林市临桂区  
性别:男 年龄:5岁5月 科室:儿科一区(血液/肿瘤)  
入院时间:2025-10-20 16:05 出院日期:2025-11-08 09:45

临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B, CR, 伴KRAS突变, 超二倍体核型改变); 2.中度贫血;  
3.低蛋白血症; 4.化疗后骨髓抑制; 5.药物性肝损害; 6.粒细胞缺乏; 7.血小板减少;

治疗意见:  
详见出院小结。

记录日期:2025-11-08 10:16





## 证 明

兹有我宿棠村村民周 [REDACTED] 男，2020 年 5 月 1 日出生，身份证号码：[REDACTED] 居住广西临桂区两江镇宿棠村委会宿棠村 [REDACTED] 于 2025 年 9 月 10 日在中山大学孙逸仙纪念医院检查出患有急性淋巴细胞白血病，急需住院化疗。

周 [REDACTED] 的家庭人口 4 人：

其父亲周 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 没有固定工作，平时打零工收入少。

其母亲谢 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 无业，在家照顾两个小孩。

其哥哥周 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 现读初中一年级。

其家庭主要收入靠周 [REDACTED] 在外打散工维持日常生活，家庭经济比较困难。

特此证明！



