

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: 2025678

申请日期: 2025 年 11 月 26 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	熊		女	2012.07			湖南省岳阳县公田镇	
	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		广州市妇女儿童医院	2024年09月	80~100W		/	☐ 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 50 %	☐ 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	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>12万</u> 元 3、固定资产: <u>1</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		
	父亲	熊	42	良好				
	母亲	陈	37	良好				
申请救助理由（请详细描述）	2024年8月底发病于9月确诊急性髓系白血病。经过5次大化疗后，于2025年02月结疗。2025年05月复查发现全面复发，紧急入院再次大化疗后，入仓清髓进行造血干细胞移植，移植后每周丙球补充于2025年10月复查，再次全面复发，现再次入院进行化疗，为后续治疗做准备。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 11 月 26 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为急性髓系白血病，治疗费用大约20至30万元。 医师签名: 曾志长 2025 年 11 月 28 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 丁靖雯 慈善基金 2025 年 12 月 1 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 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 林 2025 年 12 月 1 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

病童姓名: 熊 性别: 女 年龄: 13岁
病种: 急性骨髓系白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心,

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), 将作为熊 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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12月16日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 熊 性别:女 年龄:13岁 科别:增-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊 断:1. 治疗后恢复期 2. 急性髓系白血病(M4, KMT2A::MLLT3, 复发) 3. 干细胞移植状态

医嘱及建议: 1. 患儿2025.08.03-2025.08.04在我院增院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名:江华 叶世伦 /方家丽

日 期:2025年08月04日 13:35:35

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



1249.96

家庭情况说明

兹有患儿熊，患急性脊髓炎疾病，性别女，年龄13岁，是湖南省（区、市）岳阳市（州）岳阳县（区）公田乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：熊，母亲：陈）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：熊 身份证号：

患儿母亲： 陈 身份证号： _____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: 

2025 年 11 月 26 日

