

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: 2025684

申请日期: 2025年11月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2023-4-17			广东省惠来县	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广州医科大学附属医院	2025年6月	三十万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型:		
	父亲	吴	30	良好		☒ 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		
	母亲	陈	34	良好				
申请救助理由(请详细描述)		因家里只有孩子父亲一个劳动力,有父母需要赡养,还有两名幼儿,虽然有农村医保,但自付部分相对较多,家庭收支不平衡,无力承担后续治疗费用,特向本机构申请求助,恳请给予帮助,万分感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年11月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿于2025年6月确诊急性淋巴细胞白血病,经化疗+放疗治疗,目前病情稳定,但后续治疗费用约30万人民币。 医师签名: 袁少辉 2025年11月25日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万零佰零拾元 正)							
	负责人签名: 2025年11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: 贰万零仟零佰零拾元 正) (易破晓) 负责人签名: 2025年12月15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
(易娱公益项目)

病童姓名: 吴	性别: 女	年龄: 2岁7个月
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院	

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), 将作为吴 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: 柯晓红

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月17日



广州医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 吴 性别: 女 年龄: 2岁 住院号

地址: 广东省揭阳市惠来县惠城镇@广东省揭阳市惠来县惠城镇@海丰

科室: 普通儿科(沿江)

入院日期: 2025年11月24日

出院日期: 2025年11月24日

诊断: *1. 为肿瘤化学治疗疗程

2. 急性淋巴细胞白血病 (B系, 低危, 超二倍体)

建议及注意事项: 返院化疗

医师签名: 吴泽霖*



签章:



日期: 2025年11月24日

惠来县东陇镇华房村民委员会

情况说明

兹有我村村民吴[REDACTED] 性别女，身份证号为[REDACTED] 在今年6月中突感不适，经广州医科大学附属第一医院确诊为【急性淋巴细胞白血病①】；因家庭经济困难，难以承担沉重的医疗费用，恳请贵机构给予照顾为盼。

特此说明

华房村民委员会

2025年12月12日



