

## 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: 2015112

申请日期: 2015年11月20日

|   |   |                                    |                                    |                                    |                            |       |   |  |
|---|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------|---|--|
| 病童资料  | 姓名  | 性别                                 | 出生年月                               | 身份证号码                              |                            | 户籍所在地 |   |  |
|   | 陈   | 男                                  | 2013.7.29                          |                                    |                            | 广东化州  |   |  |
|   | 所患疾病  | 治疗医院                               | 就诊时间                               | 预估总费用                              | 住院号                        | ID号   | 是否残疾  |  |
|   | 急性骨髓系白血病  | 广州市妇女儿童医院                          | 2015.10.23                         | 50万                                |                            | /     | <input type="checkbox"/> 是 <input 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<br>45%  | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>% | <input type="checkbox"/> 无 |       |   |  |
| 病童家庭情况  | 姓名  | 年龄                                 | 健康情况                               | 联系电话                               |                            |       |   |  |
|   | 父亲  | 陈                                  | 39                                 | 2014年患鼻咽癌已治疗。                      |                            |       |   |  |
|   | 母亲  | 林                                  | 38                                 | 良姐                                 |                            |       |   |  |
| 申请救助理由(请详细描述)   | <p>陈于2015年10月23日在广州市妇女儿童医院确诊急性骨髓系白血病(高危),医生讲后续化疗和移植,治疗费用巨大,家庭经济困难,陈家庭情况是妈妈是家里唯一经济支柱,家里有3个孩子,爷爷奶奶身体欠佳,爷爷已中风三次,现在每日吃药,爷爷奶奶都有高血压,奶奶严重腰间盘突出,脊柱已严重变形,爸爸在2014年确诊鼻咽癌,治疗花费26万,这些年因他爸爸无法做重活,为了家庭,他养猪,已经亏损30多万,家庭负债累累。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> |                                    |                                    |                                    |                            |       |   |  |
|   | 申请人签名: 林  |                                    | 2015年11月20日                        |                                    |                            |       |   |  |
| 医院填写  | 疾病诊断及治疗(费用):<br><br>急性骨髓系白血病(高危)需按化疗+造血干细胞移植预计治疗费用约50万元   |                                    |                                    |                                    |                            |       |   |  |
|   | 医师签名: 郑晓军 2015年11月26日   |                                    |                                    |                                    |                            |       |   |  |
|   | 建议给予医疗救助金 20000 元 (大写: 贰万零仟零佰 拾零元 角零分)<br>负责人签名: 何海波 2015年12月15日  |                                    |                                    |                                    |                            |       |   |  |
| 同意救助 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰 拾零元 角零分)<br>负责人签名: 何海波 2015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

病童姓名: 陈

性别: 男

年龄: 12

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珠江新城

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), 将作为陈的治疗费用。

受助人(监护人): 柯

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 李伟高

电 话: 18924052214

日 期: 2015年12月30日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）  
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：陈 性别：男 年龄：12岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号  
诊断：1. 急性髓系白血病（高危（DEK::NUP214, FLT3-ITD阳性）） 2. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 感染性发热 4. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议：患儿于2025.10.23至2025.11.27在我院珠江新城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：王嘉怡/郑晴晴/徐飞

日期：2025年11月27日 10:00:43

- 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。



## 家庭情况说明

兹有患儿陈，患急性骨髓炎疾病，性别男，年龄12岁，是广东省(区、市)茂名市(州)化州市(区) 鉴桥乡镇(街道) 山华村民小组(居委会)，(父亲：陈母亲：柯)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：陈 身份证号：

患儿母亲：柯 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：

2025年11月19日

