

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: 2025119

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	古		女	2017年12月03日			广东省中山市三乡镇	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2025年4月1日	30万至50万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		□新农合 _____ %	□城镇居民 70 %	□商业保险 _____ %	□其他保险 _____ %	□无	残疾类型和级别:
	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) 5万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <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			
	父亲	古	35	健康				
母亲	江	34	健康					
申请救助理由(请详细描述)	<p>孩子患急性淋巴白血病需要高额治疗费，目前只有爸爸一个人工作，需要养未成年孩子2人，老人2人，生活陷入困难，盼望得到关注。因小孩前期治疗花费家里所有积蓄，还向亲戚朋友借了30万，目前已经负债累累，欠款上十万实在无法承受后面昂贵的医疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 江 2025年12月8日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病，需规律住院化疗， 治疗费用约需 30万元</p> <p>医师签名: 聂海英 2025年12月8日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万圆整零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 南方医科大学珠江医院 2025年12月12日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元(大写: 贰万圆整零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 陈颖婷 2025年12月29日</p>							



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: 古

性别: 女

年龄: 8

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为古 的治疗费用。

受助人(监护人): 江

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 林伟菊

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 12 月 30 日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：古 姓 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年11月13日
	出院日期：2025年12月05日

检查结果：

诊断意见：

1. 脓毒血症；2. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，MEF2D-BCL9，HR, CR）；4. 化疗后骨髓抑制；5. 高脂血症；6. 药物性肝损害

处理意见：住院治疗。

医生签名：黎肖蓉

日期：2025年12月05日

签发单位：（盖章）



证 明

NO.

兹有 我村村民古 具、身份证号码

某女儿古 女、身份证号码：

因病在南方医科大学珠江医院治疗。

在外务工，其妻子全身心照顾患病的女儿，无
收入来源，除了患病的孩子以外，还要抚养另一个孩子，在
高额的治疗费和日常生活开支的双重压力下，家庭经济陷
入了临时困难，望各界给予支持和帮助，感谢！

经办人： 宋

(有效期 天)

特此证明

五华县梅林镇琴口村村民委员会

2015年12月26日

