

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: 2025718 信息时报 NO.2363

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 | |
| | 杨 | 男 | 2019.05.17 | | | 广东省珠海市 | |
| | 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 |
| | 急性淋巴白血病 | 南方医科大学珠江医院 | 2025.5.23 | 30万+ | | | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 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 | 残疾类型和级别: | | | |
| 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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 30000 元; 3、固定资产: 1 套房子; 1 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 | | |
| | 父亲 杨 | 34 | 良好 | | | | |
| | 母亲 杨 | 33 | 良好 | | | | |
| 申请救助理由 (请详细描述) | 本人杨 来自广东省珠海市, 于 2025 年 5 月 23 日 确诊为急性淋巴白血病, 高危。目前正在南方医科大学珠江医院治疗, 治疗费用较高, 需要治疗半年左右, 以及维持治疗的各种费用不少于三十万。家里靠爸爸一人工作, 无房无车, 还有一位 70 多岁的奶奶需要照顾。为给孩子治病已花完了所有的积蓄, 该借的都借了, 现已负债累累, 希望得到慈善救助。 本人保证上述情况完全真实。 | | | | | | |
| 申请人签名: 杨 | 2025 年 11 月 26 日 | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断急性淋巴白血病 (高危), 需定期复查, 并行化学治疗, 总治疗费用约三十万。 | | | | | | |
| | 医师签名: 杨 2025 年 11 月 26 日 | | | | | | |
| | 医院意见 (盖章):  | | | | | | |
| 建议给予医疗救助金 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) | | | | | | | |
| 负责人签名: 杨 2025 年 11 月 27 日 | | | | | | | |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:  | | | | | | | |
| 同意救助 10000.00 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) | | | | | | | |
| 负责人签名: 杨 2025 年 12 月 29 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:杨

性别:男

年龄:6岁

病种:恶性淋巴瘤

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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为杨的治疗费用。

受助人(监护人): 杨

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 杨

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月30日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名: 杨 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11日 |
| 检查结果: - | |
| 诊断意见: 1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗 ; 2. 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型, ETV6::RUNX1, BTG1::chr12, MY018A::TUBGCP4, HR) ; 3. 白细胞减少 ; 4. 高甘油三酯血症 ; 5. 高胆固醇血症 | |
| 处理意见: 住院治疗。 | |
| 医生签名:  日期: 2025年11月25日 | |

签发单位: (盖章)

| | | | |
|--------------------|---------|------|-----|
| 户主姓名 | 杨 | 性别 | 男性 |
| 出生年月 | 1991-02 | 民族 | 汉族 |
| 社保卡 (医保卡) 号码 | | 家庭人口 | 2 |
| 居住地址 | 仓兜村 | | |
| 户籍地址 | | | |
| 低保资金发放账号 | | | |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|-----|
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 家庭成员照片 | | | |
|  | | 核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片) | |
| 姓名: |  | | |
| 姓名: | | | |

