

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: 2026009

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	
	詹		男	2019.10.25			广东省汕头市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2025.10.7	三十万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 90%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 1-3万 元 3、固定资产: 0 套房子; 2 辆摩托车; 0 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	詹	36	健康				
	母亲	陈	34	健康				
申请救助理由(请详细描述)	孩子因为急性淋巴细胞白血病需要花费很多,我跟孩子妈妈目前都没有工作,家里还有个小孩要照顾,孩子爷爷那边需要照顾家里,也没有任何收入,目前负债十几万 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 詹 2025年12月8日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病,在我院规律化疗,治疗费用大约三十万元。							
	医师签名: 黄明 2025年12月10日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025年12月10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 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2026年 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: 詹 [redacted] 性别: 男 年龄: 6岁
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为詹 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 詹 [redacted] 詹 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

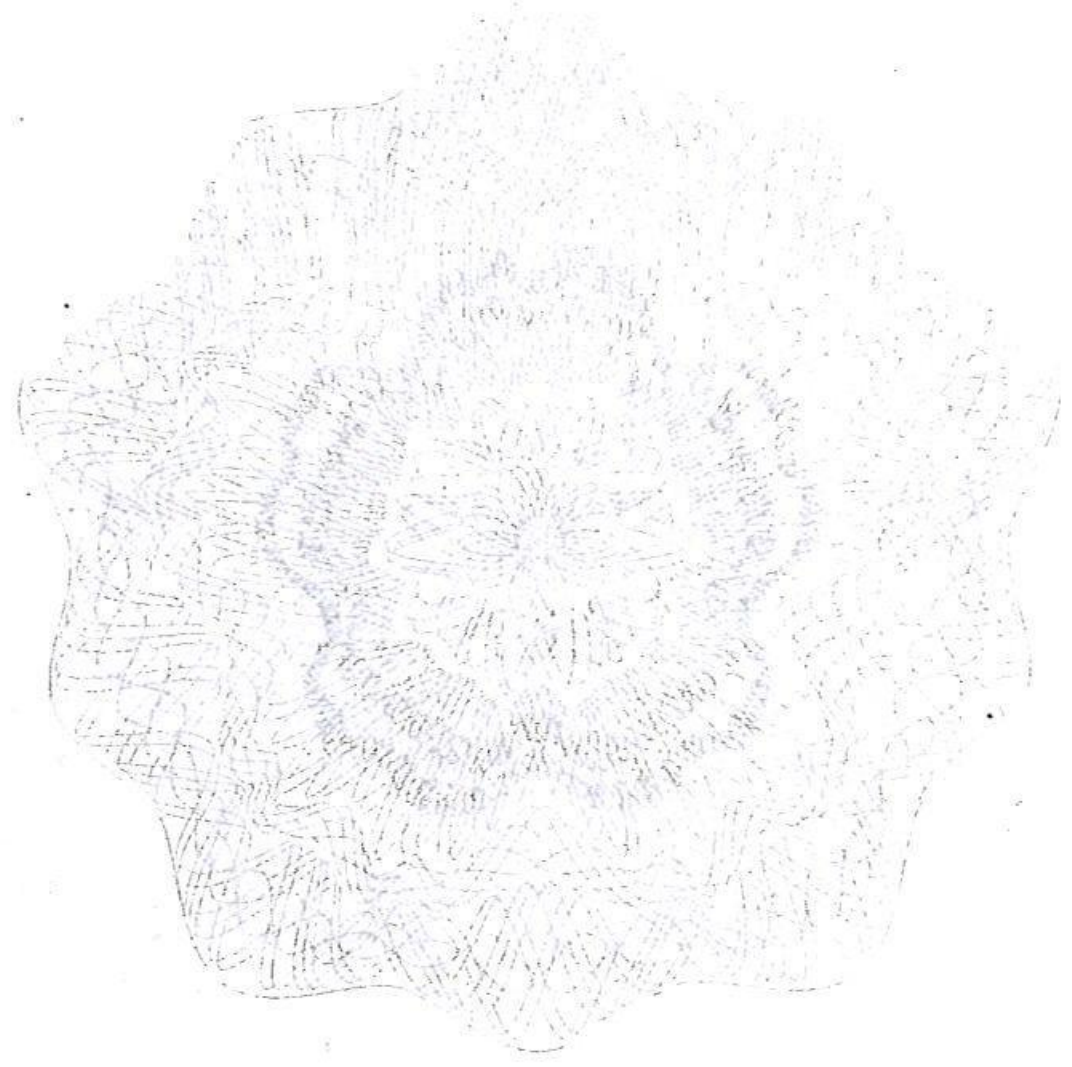
日 期: 2026年1月6日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：詹 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18日 出院日期：2025年11月19日
检查结果：详见出院小结。	
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，KRAS，NRAS，高危）；3. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。	
医生签名：林丹娜 日期：2025年11月19日	

签发单位：（盖章）
诊断专用章
(43)



核发单位: 汕头市潮南区民政局
发证日期: 2025年12月
户主姓名: 詹
身份证号码:
低保证编号:

户主姓名	詹	性别	男
出生年月	2019年10月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	仙城镇		
户籍地址	汕头 潮南 仙城镇		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

