

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: 2026021

申请日期: 2025 年 11 月 23 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	唐	男	2017.03.05			广东省四会市	
	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
	丁淋巴母细胞白血病/淋巴瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2025.11.23	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴）8万.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: ☒ 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	唐	44	健康		
	母亲	唐	47	健康		

申请救助理由（请详细描述）	因孩子在住院期间治疗费用令我们现家庭无力跟进、希望基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心帮助。谢-- 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 唐 2025 年 11 月 23 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	患儿诊断下淋巴母细胞白血病, 预计总费用20-30万, 治疗时间约2-3年
	医师签名:	罗航 2025 年 12 月 06 日
	医院意见（盖章）:	建议给予医疗救助金 ¥15000 元（大写: 壹万伍仟元 拾元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 12 月 10 日

广东公益恤孤助学促进会意见:	同意救助 ¥20,000.00 元（大写: 贰万零仟元 拾元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2026 年 1 月 5 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: 唐 性别: 男 年龄: 8
病种: T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增)

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), 将作为唐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟东

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 1月 7日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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

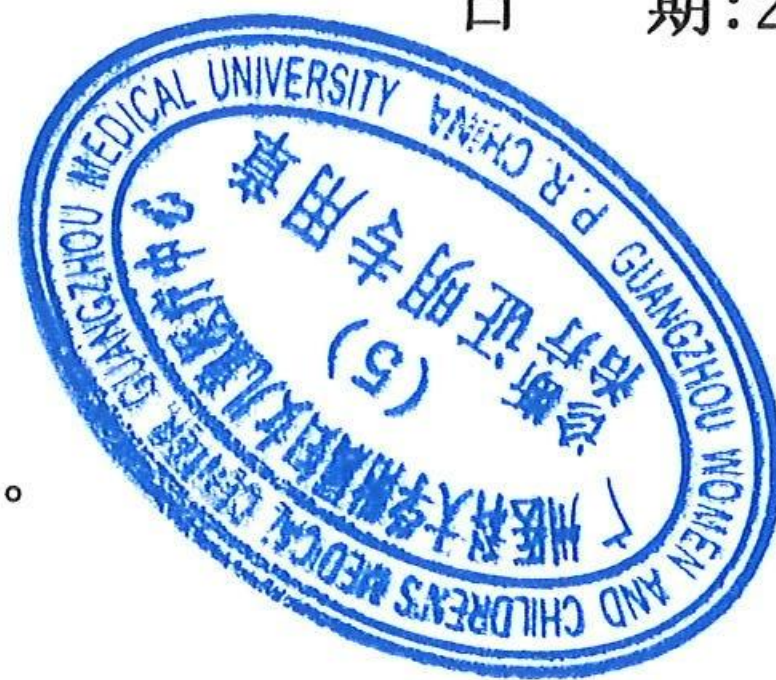
姓名：唐 性别：男 年龄：8岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊 断：1. T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤 2. 呼吸衰竭 3. 肿瘤溶解综合征 4. 急性肾功能不全 5. 胸腔积液 6. 心包积液 7. 肺炎 8. 鼻病毒感染

医嘱及建议：患儿于2025-11-23至今在我院PICU、血液肿瘤科住院治疗。建议休学半年。

医师签名：李心华

日 期：2025年12月07日 14:44:03



- 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

兹有患儿唐，患T淋巴母细胞瘤疾病，性别男，年龄8岁，是广东省肇庆市四会市东城街道黄岗村民委员会（父亲：唐 母亲：甘）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：唐 身份证号

患儿母亲：甘 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东省肇庆市四会市东城街道黄岗村民委员会

村（居）委会经办人签字：黄

联系电话：

（盖章）

2025年12月3日

