

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: 2026033

申请日期: 2025年12月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2012.9			广东省云浮市	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2022.2	80万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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		

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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 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	张	38	良好		
	母亲	何	38	良好		

申请救助理由(请详细描述)	2022年已经花了40多万,家庭经济状况一直都是负债。一直都是靠她爸爸自己一个人打工,靠跑外卖来支撑生活,家里有4个小孩要养,爸爸的工资大概三千多,都不够开销,现在不幸复发了,之前向别人借的还没还清,现在还要化疗加移植大概需要60万 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025年12月5日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	急性淋巴细胞白血病(晚期复发, TCFs::ZNF334)
	医师签名:	王明强 2025年12月5日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)
负责人签名:		何端度 2025年12月15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 仟 零 拾 元 零 角 零 分)
负责人签名:	2026年1月12日 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名:	张	性别:	女	年龄:	13
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州市妇女儿童医疗中心				

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟铭

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月13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: 张 性别: 女 年龄: 13岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断:

急性淋巴细胞白血病(B细胞, TCF3::ZNF384, 复发)

医嘱及建议: 患儿于2025-11-16至今于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 希晴晴

日期: 2025-11-21 16:52:37



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 张 患 急性淋巴白血病 疾病，性别 女，年龄 13 岁，是 广东 省（区、市）云浮 市（州）云安 县（区）石城 乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：张 母亲：何）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：张 身份证号：

患儿母亲：何 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 12 月 4 日

