

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:

2026037

申请日期: 2025 年 12 月 22 日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2022年6月			广州增城永宁街	
	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
	急性白血病	广州妇女儿童 儿童医院	2025年 8月14日	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 26 %	☐ 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 <u>4</u> 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</u> 元 3、固定资产： <u>1</u> 套房子； <u>0</u> 辆摩托车； <u>1</u> 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	黄	54	良好		
	母亲	徐	46	良好		

近年来靠我打工维持家庭,老婆带小孩,共养育4孩,大女高二,二女初三,双胞胎儿子年幼,其中小儿子突患重疾,给本就压力家庭更加艰难。预算30万治疗费,通过亲朋好友资助、水滴筹等等筹得20多万,怎料患儿住院间又患真菌感染,费用成倍增加,患病住院至今已花费40多万元,自费部分已超30万,后续治疗仍要到处筹措。恳请慈善机构资助,非常感谢!

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 苗

2021年 12 月 22 日

医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）：	患诊断急性淋巴细胞白血病，目前使用（化疗方案） (预计费用30万)
	医师签名：	陈世平 2015年12月24日
	医院意见（盖章）：	建议给予医疗救助金 ¥15000 元（大写：壹万伍仟一百拾元零分） 负责人签名：何靖雯 2015年12月30日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ￥ 25,000.00 元 (大写：贰万伍仟元整拾元零角分) (善心捐助)

负责人签名：杨红 秘书处 2016 年 1 月 12 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 (菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名:	黃	性别:	男	年龄:	3岁
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增城院区				

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林松福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月13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: 黄 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性淋巴细胞性白血病(B细胞型, 中危) 2. 真菌败血症 3. 真菌感染(血流, 肝脏, 肾脏, 脾脏) 4. 肺部感染(呼吸道合胞病毒) 5. 肝功能检查的异常结果

医嘱及建议: 患儿于2025. 08. 14-09. 29在我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名: 李凤 / 李凤

日期: 2025. 09. 29

- 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

兹有患儿黄，患白血病疾病，性别男，年龄3岁，是广东省（区、市）广州市（州）增城县（区）永宁乡镇（街道）长岗村民小组（居委会），（父亲：黄，母亲：徐）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：黄_____身份证号：_____

患儿母亲：徐 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

2025年11月25日

