

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: 2026043

申请日期: 2026年1月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟		女	2017年3月6日			广东省揭阳市榕城区	
	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
	急性髓系白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2025年10月21日	50万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>50%</u>	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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>5</u> 名;		
	父亲	钟	36	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5到6万</u> 元		
	母亲	钟	32	良好		3、固定资产: <u>0</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		
申请救助理由（请详细描述）	本人钟 现养育5个小孩，因 于2025年10月21日确诊急性髓系白血病，现在妇女儿童医疗中心治疗，经两次化疗，现在在移植准备移植，所需费用巨大，现无经济收入三个月，申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟 2026年1月13日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性髓系白血病，高危，行造血干细胞移植，费用约50万							
	医师签名: 江江 2026年1月13日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>20000</u> 元（大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 何靖雯 2026年1月13日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>20,000.00</u> 元（大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 林钧泽 2026年1月13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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 钟 性别: 女 年龄: 8岁
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

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), 将作为钟 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

钟 18924052214
2016年1月20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: 钟 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊 断: 急性髓系白血病

医嘱及建议: 患儿2025-10-21至今我院血液肿瘤科住院治疗

医师签名: 王明新

日 期: 2025-10-28 1



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。

揭阳市榕城区仙桥街桂南村民委员会

家庭情况说明

兹有患儿钟 患急性髓系白血疾病，性别女，年龄 8 岁，是广东省揭阳市榕城区仙桥街道桂南村 村民小组，（父亲：钟 母亲：钟 村民的女儿，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：钟 身份证号码

患儿母亲：钟 身份证号码

情况属实，特此证明

经办人及联系电话：钟



