

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: 2026052

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	
	邱		男	2014年8月1日			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		广州医科大学附属第一医院	2024年5月	30-40万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 70 %	☐ 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			
	父亲	邱	46	健康				
	母亲	邱	43	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 16800 元 3、固定资产: 2 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								
申请救助理由 (请详细描述): 孩子去年五月确诊, 经过化疗、CAR-T、移植, 目前是复发治疗, CAR-T后再移植, 治疗费用高, 为了照顾孩子, 在广州租房, 父母均无法上班, 经济较困难, 故向基金会申请救助, 望采纳, 感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邱 2026 年 1 月 13 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病 (复发), 化疗, CAR-T, 移植, 费用约 30-40 万							
	医师签名: 邱 2026 年 1 月 13 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 1 月 14 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: 林钧泽 2026 年 1 月 19 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
(善及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 邱 性别: 男 年龄: 14
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), 将作为邱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月20日

广州市妇女儿童医疗中心（增城院区）
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：邱 性别：男 年龄：13岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 细胞治疗(干细胞移植) 2. 急性淋巴细胞白血病(T细胞型，复发) 3. 口腔黏膜溃疡 4. 造血干细胞移植状态

医嘱及建议：患儿于2025.02.08-2025.03.02在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/ / 董耀鸿

日期：2025年03月02日 10:00:00

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

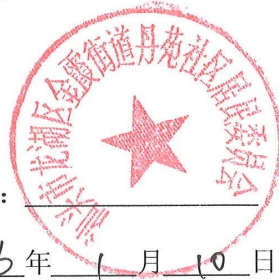
兹有患儿邱患急性淋巴白血病疾病，性别男，年龄14岁，是广东省（区、市）汕头市（州）龙湖区县（区）金霞乡镇（街道）丹苑村民小组（居委会），（父亲：邱 母亲：郑）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：邱 身份证号：

患儿母亲：郑 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2026年1月10日

