

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: 2026059

申请日期: 2026年1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	
	高		女	2017.1			黑龙江省齐齐哈尔市	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.9.12	25-30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 4-5万 元 3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /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	高	34	良好				
	母亲	高	35	良好				
申请救助理由(请详细描述)		家庭年收入只有爸爸工资,月收入2千-4千元,母亲在家全职主妇,没有收入。现孩子在医院治疗,生活开支,医药费开支巨大,家庭不堪重负,后期医疗费用无法承担,现申请基金会救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 高 2026年1月5日						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊急性淋巴细胞白血病(LB,中危),化疗6个疗程,化疗费用及住院费用,大约18万,共25-30万。 医师签名: 林伟吟 2026年1月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年1月9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26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: 孟 性别: 女 年龄: 9
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为孟 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

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: 2016年 1月 27日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:孟 性别:女 年龄:8岁10月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:孟	住院号	出生地: 黑龙江省齐齐哈尔市拜泉县
性别:女	年龄:8岁10月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-11-26 15:14		出院日期: 2025-12-15 10:06
临床诊断: 1.化疗后骨髓抑制 IV 度; 2.恶性肿瘤维持性化学治疗; 3.急性淋巴细胞白血病(B,IR,CR,伴MEF2D::HNRNPUL1融合, KRAS 突变, CDKN2A/B 基因缺失); 4.中枢神经系统白血病(CNS3); 5.化疗后肝损害; 6.低蛋白血症; 7.低钾血症; 8.低钠血症; 9.贫血; 10.血小板减少;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2025-12-15 10:06		医生: 康恩源

证 明

兹有我村村民孟 [REDACTED] 男，身份证号码 [REDACTED]
户籍地址：黑龙江省拜泉县富强镇公平村 [REDACTED] 其女儿孟 [REDACTED] 女，
身份证号码 [REDACTED] 因患有急性淋巴细胞白血病，现在
中山大学孙逸仙纪念医院就医，该家庭人口多，经济收入低，生活
拮据困难。无力支付其女儿孟 [REDACTED] 治疗费用，请有关部门给予资助，
为盼。

特此证明。



