

### 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: 2026215

申请日期: 2026年3月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	陈	男	2022年9月		广东			
	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	孙逸仙花都区	2025年12月27日	30万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /	
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50-60%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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;			
	父亲	陈	35	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3600 元		
	母亲	陈	34	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)					4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
<p>我们家庭为普通务工家庭,年收入仅约3.5万元,为了照顾孩子,只能辞去工作照顾他。现在只靠孩子父亲做滴滴司机收入。大儿子是癫痫患者,还在长期吃药治疗,无其他资产。前期已倾尽积蓄,向亲友借款支付治疗费用,医保报销后个人压力巨大,自购药品及住院开支。孩子年幼,病情危重,每一笔治疗都关乎生命,家庭已陷入绝境,实在无力支撑,恳请恤孤会给予救助,帮助我们渡过难关。</p> <p>本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 陈 2026年3月10日</p>								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病(B,中危) ETV6::RUNX1融合基因, 现按华南地区《SCCCG-ALL-2023》治疗, 总约30万。							
	医师签名: 璩 2026年3月11日 (血液科)							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 杨奕心 2026年3月16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 拾 零 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 秘书处 2026年3月30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

病童姓名: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁  
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 孙逸仙花都院区

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林传菊

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月31日

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:3岁4月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:陈	住院号	出生地:广东省广州市花都区
性别:男	年龄:3岁4月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-02-08 16:37	出院日期:2026-02-13 12:44	
临床诊断:急性淋巴细胞白血病(返院化疗, B, ETV6::RUNX1融合基因)		
治疗意见: 门诊随诊		
记录日期:2026-02-13 08:44	医生: 周放华	





