

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: 2026292

申请日期: 2026年4月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	廖	男	2013.9.10		江西省吉安市		
	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B淋巴细胞白血病 白血病 白血病	广州市增城区妇幼保健院	2026.3.1	30-50万元			<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%	<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 1名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: <input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	廖	46	健康			
母亲	王	45	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人系江西省吉安市(四线城市)户籍居民,现因家庭遭遇重大疾病变故,陷入极度经济困难,特此申请救助。家庭处于无房无车无存款的极端困境,大女儿刚毕业,尚未稳定就业,丈夫靠打散工挣零散钱,收入极不稳定。我因需陪护孩子已于今年3月被迫辞职,目前家庭基本完全丧失经济来源。截至目前,医疗费用累计15万余元,都是靠四处筹款和亲友接济,家庭陷入困境。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年4月8日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): B淋巴细胞白血病/化疗. 30-50万元						
	医师签名: 石雁 2026年4月9日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20,000.00元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 王 2026年4月15日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥35,000.00元 (大写: 叁万 伍 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 刘 2026年4月27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: 廖	性别: 男	年龄: 12
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 广州增城区妇幼保健院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为廖 的治疗费用。

受助人（监护人）: 王

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 林竹韵

电 话: 18924052214

日 期: 2026年4月28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：廖 性别：男 年龄：12岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤

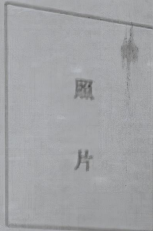
医嘱及建议：患儿于2026-03-01至今在我院感染科、血液肿瘤科住院治疗。患儿目前诊断B淋巴母细胞性淋巴瘤，需多次住院按序化疗，建议休学半年。

医师签名：[Handwritten Signature]

日期：2026-03-06 16:29:51

- 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。

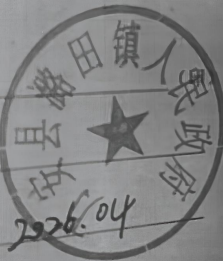




批准机关:

编号:

发证日期:



户主姓名	廖	性别	男	出生年月	2010.09
保障人口	2人	户月保障金额	990元	保障类别	<input type="checkbox"/> 常补 <input checked="" type="checkbox"/> 非常补
身份证号	[Redacted]		户籍类别	<input checked="" type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	
户籍所在地	[Redacted] 街道(乡镇) 下石 社区(村)				

纳入保障的家庭成员情况

姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况
王	母	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

