

### 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: 2026307

申请日期: 2026年3月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2022.05			广东广州	
	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		广州市妇女儿童医疗中心(珠江)	2025.11.8	50万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 30%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车 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		
	父亲	周	36	良好				
	母亲	谢	39	良好				
申请救助理由(请详细描述)	<p>周 于2025年11月8日被确诊为急性淋巴细胞白血病,目前在广州市妇女儿童医院(珠江)接受治疗,孩子治愈希望很大,但作为唯一收入来源的父亲,其工资与高昂的医疗费相比简直是杯水车薪.为照顾孩子,母亲已无法工作,家庭已债台高筑.我们恳请基金会给予救助,帮助我们渡过这个生死攸关的难关.给孩子一个活下去的机会.谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实.</p> <p>申请人签名: 谢 2026年3月19日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病,于CCCG-ALL-2025方案治疗。预计金额: 20.25万。							
	医师签名: 叶楚水 2026年3月19日							
	医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分)								
负责人签名: 何靖雯 2026年3月19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 元 零 角 分)								
负责人签名: 何靖雯 2026年3月6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：周 [redacted] 性别：男 年龄：3岁  
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(珠)

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），将作为周 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：谢 [redacted]  
电 话：[redacted]  
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：  
电 话：  
经办人：林 [redacted]  
电 话：189 2405 2218  
日 期：2026年 5月 7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: 周 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病(B细胞, 中危, ETV6-RUNX1阳性, 睾丸浸润) 2. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2025. 11. 08至2025. 12. 04在我院珠江新城血液肿瘤科住院治疗

医师签名: 王嘉怡/ 翁晴晴/ 曾志清

日期: 2025. 12. 04



- 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

兹有患儿周 [REDACTED] 患白血病疾病，性别男，年龄3岁，  
父亲：周 [REDACTED] 母亲：谢 [REDACTED] 谢 [REDACTED] 是广东省广州市白云区  
太和镇和龙村 [REDACTED] (居委会) 村民。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：周 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：谢 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章



