

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: 2026337

申请日期: 2026年4月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	张	男	2022.3.25		广东省广州市
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号
	急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2026.2.14	30-40万	
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 65%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %
					是否残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
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) 3.6万 元 固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 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
	父亲 张	29	正常		
	母亲 龙	29	正常		
申请救助理由(请详细描述)	<p>孩童张 在2026年2月14日确诊“急性淋巴细胞白血病”，原本天真烂漫的年纪，如今只能在医院接受长期化疗，然而治疗周期漫长，费用极高高昂。我们是一个普通打工家庭，孩子爸爸因需给孩子送饭做饭，只能找一些散工，月收入仅2000元左右，妈妈为照顾孩子已辞掉工作，家中还有一双胞胎哥哥需要抚养，生活负担极重，为求能帮助孩子，特来求助！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 张 2026年4月22日</p>				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前确诊急性淋巴细胞白血病(B,2R), 按SCCL6-A11(-2023)方案化疗, 预计总费用30万元。 医师签名: 张 2026年4月22日 医院意见(盖章):				
	建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 零 拾 元 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年5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 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2026年5月18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: 张	性别: 男	年龄: 4
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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 李作勤

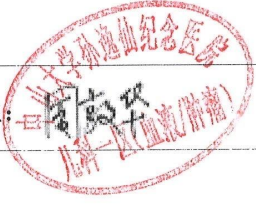
电 话: 18924052214

日 期: 2026年5月19日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:张 性别:男 年龄:3岁10月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地:广东省清远市清城区
性别:男	年龄:3岁10月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-02-13 12:24	出院日期:2026-03-03 09:31	
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B); 2.化疗后骨髓抑制; 3.肺炎; 4.卵圆孔未闭; 5.附睾睾丸微石症;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期:2026-03-03 09:32	医生:	

家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）张（患儿
监护人姓名），身份证号 ，家庭人口共4
人，家庭年收入为6万元。

其子女张（患儿姓名），身份证号 ，患有急性淋巴细胞白血病（疾病名称），已在中山大学附属医院
医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基
本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：

联系电话

2026年 4月 28日



