

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: 2026372

申请日期: 2026年5月18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	廖	女	2015.2.12	[模糊]		广东省宁南县南华镇林	
	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	广州妇女儿童医院	2026.1.11	50万		/	<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 type="checkbox"/> 新农合 % <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 城镇居民 % <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 商业保险 % <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他保险 % <input type="checkbox"/> 无	<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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0.3千</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	/	/	/			
母亲	冯	42	正常	[模糊]			
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人2015年11.30离异,独自带孩生活。在2026.1.11在广州妇女儿童医院确诊急性淋巴细胞白血病,现生病只能靠母亲一人照顾,比较困难无力承担治疗费用,特申请基金救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 冯 [模糊] 2026年5月18日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 预估总费用50万元。						
	医师签名: [模糊] 2026年5月18日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖度 2026年5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 佰 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: [模糊] 2026年6月) 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: 女	年龄: 11
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), 将作为廖 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作韵

电 话: 18924052217

日 期: 2026 年 6 月 2 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: 廖 性别: 女 年龄: 11岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 3. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2026.03.15-2026.03.23在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 匡飞梅

日期: 2026.03.23

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

兹有广宁县南街街道荷木村委会 村民，廖 ，性别：女，身份证号码： 2026年1月11日在广州市妇女儿童医院确诊急性淋巴细胞白血病(T细胞型)。父母离异，随其母亲生活，现生病只能靠母亲一人照顾，导致无劳动能力；家庭生活比较困难无力承担高额治疗费用，特申请基金救助。

特此说明!

广宁县南街街道荷木村民委员会

2026年4月6日



