



广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026434

申请日期: 2026年6月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2015-01-16			广东省惠来县	
	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(T-ALL高危)		广州市第一人民医院	2026年3月17日	30-40万			<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 40%	<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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.6万 元 3、固定资产: 1 套房子; / 辆摩托车; / 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
	父亲	王	38	良好				
	母亲	胡	32	良好				
申请救助理由(请详细描述)	<p>我是患儿王 的父亲, 家中有数人要赡养, 下有四个孩子要抚育, 孩子于2026年3月17日在广州第一人民医院确诊急性淋巴细胞白血病, 高额治疗费早已掏空积蓄, 欠下外债, 全家实在无力支撑后续治疗, 恳请贵会伸出援手, 给孩子一个活下去的机会, 所述全部属实愿配合核查</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年6月3日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿于2026年3月在我院确诊“急性淋巴细胞白血病(T-ALL, 高危, NOTCH1基因突变)”, 化疗治疗, 目前住院中, 预计总费用30-40万。 医师签名: 邓意如 2026年6月4日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000.00 元 (大写: 叁万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分) 负责人签名: 黄月华 2026年6月4日							
								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥40,000.00 元 (大写: 肆万元整) 负责人签名: 林作勤 2026年6月22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: 王 [redacted] 性别: 男 年龄: 11

病种: 急性淋巴细胞白血病(高危) 治疗医院: 广州第一人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为王 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [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 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2016年6月23日

广州市第一人民医院

住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：王 编号：
身份证号： 性别：男 年龄：11岁
病区：儿科病区 住院号：
入院日期：2026-04-29 床号：
出院日期：2026-05-17

入院诊断：1、为肿瘤化学治疗疗程；2、急性淋巴细胞白血病（T-ALL，高危，NOTCH1基因突变）；3、化疗后骨髓抑制；4、凝血功能异常；5、急性支气管炎；

出院诊断：1、为肿瘤化学治疗疗程；2、急性淋巴细胞白血病（T-ALL，高危，NOTCH1基因突变）；3、化疗后骨髓抑制；4、凝血功能异常；5、急性支气管炎；6、低蛋白血症；7、高甘油三酯血症；8、肝功能检查的异常结果；

病情摘要：

备注：

医生签名：张瑶
签名时间：2026-05-17 10:39
(住院病区盖章)

住院诊断证明专用章
(出入院结算处盖章)

(本诊断证明书未经医生签名及盖章无效)

户主姓名	王	性别	男性
出生年月	2015-01-16	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		城市	6
居住地址	广东省惠来县		
户籍地址	广东省揭阳市惠来县		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	王	本人	2454
	王	父母	0
	胡	父母	0
	王	兄弟姐妹	0
	王	兄弟姐妹	0
	王	兄弟姐妹	0

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

<div data-bbox="973 1093 1101 1272" data-label="Image"> </div>
核发单位: <u>惠来县</u> 发证日期: <u>2026-05-20</u> 户主姓名: <u>王</u> 身份证号码: <u></u> 低保证编号: <u></u>



