

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: 2026541

申请日期: 2026年6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	
	邓		男	2012年5月11日			广东省佛山市顺德区	
	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
	急性髓系白血病		增城妇幼保健院	2026年4月28日	80-100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50%	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康状况	联系电话			
	父亲	邓	35	良好				
	母亲	贺	32	良好				
1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3至4万元 3、固定资产: 0套房子; 1辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明								
申请救助理由(请详细描述): 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医疗提供经济上的爱心资助。家里还有一个6岁女儿在读幼儿园,家无收入。孩子他爸工作不稳定,母亲无工作。现在第一疗程结束自费3万多。4月26日在广州市第一人民医院住一个晚上3400,4月27日在增城妇幼保健院急诊科住一个晚上3400,难以承担全部医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 贺 2026年6月8日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病(CBFB::M2b11, K17突变) 治疗费用约 80-100万元 医师签名: 2026年6月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖良 2026年7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: 贰万伍仟元) 秘书外 负责人签名: 林钧泽 2026年7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:	邓	性别:	男	年龄:	14
病种:	急性髓系白血病		治疗医院:	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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），将作为邓 治疗费用。

受助人（监护人）： 符

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）： /

电 话： /

经办人：

符作勤

电 话： 18924052218

日 期： 2026年 7 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: 邓 性别:男 年龄:13岁 科别:增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊 断:急性髓系白血病

医嘱及建议: 1. 患儿于2026-4-28至今在我院血液肿瘤科住院治疗。2. 病情需要, 休学半年。3. 请筹集治疗费用50-80万元。

医师签名: 谢礼 / 冯

日 期:2026-05-06 11:57:02

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它用途使用。



家庭情况说明

兹有患儿 邓，患 白血病 疾病，性别 男，年龄 13 岁，是 广东省（区、市）清远市（州）连山县（区）永和乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：邓 母亲：贺 村民（居民）的儿子 / 女儿。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：邓 身份证号

患儿母亲：贺 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东省（区、市）清远市（州）连山县（区）永和乡镇（街道） 村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：唐

联系电话：

（盖章）

2026 年 6 月 4 日



