

# 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: 2026577

申请日期: 2026年07月10日

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                     |   |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                     | 姓名                                                                                                  |   | 性别                                          | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                                                                                                                                                                                              | 户籍所在地                      |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 陈                                                                                                   |   | 女                                           | 2024.7                          |                                 |                                                                                                                                                                                                              | 广东省徐闻县新寮镇                  |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 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(B系)                                                                                       |   | 广东医科大学附属医院                                  | 2026年2月9号                       | 30万                             |                                                                                                                                                                                                              |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |  |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                   | 购买保险情况及报销比例                                                                                         |   | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60% | <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 |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 姓名                                                                                                  |   | 年龄                                          | 健康情况                            | 联系电话                            | 1、抚养18岁以下儿童 2 名;                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 父亲                                                                                                  | 陈 | 33                                          | 健康                              |                                 | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元                                                                                                                                                                                         |                            |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 母亲                                                                                                  | 陈 | 29                                          | 健康                              |                                 | 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input checked="" 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 |                            |                                                                                |  |
| <p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>女儿陈 于2026年2月9日在广东医科大学附属医院确诊急性淋巴细胞白血病(B系),需长期化疗治疗。为在医院照料患病女儿,我已辞去工作。妻子陈 需居家照顾仅2月龄新生儿,长女后期持续医药费,营养费,家庭无经济来源,陷入严峻困境,现特此向广东公益恤孤助学促进会申请重症病童一次性救助,恳请组织予以帮扶救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈 2026年07月10日 申请</p> |                                                                                                     |   |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                |  |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                     | <p>疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B系),全程治疗费用预估需30万元。</p> <p>医师签名: 蔡 2026年7月14日</p>                          |   |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆 万 零 零 零 零 零 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 2026年7月22日</p> |   |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                          | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥35,000.00元 (大写: 叁 万 伍 仟 元)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年8月 秘书处</p>         |   |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                |  |



# 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: 陈                     | 性别: 女 | 年龄: 2 |
| 病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院 |       |       |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信彰

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月4日

# 广东医科大学附属医院



## 疾病诊断证明书

编号

|          |                                                                 |     |   |       |                   |    |   |
|----------|-----------------------------------------------------------------|-----|---|-------|-------------------|----|---|
| 姓名       | 陶                                                               | 性别  | 女 | 年龄    | 1岁                | 职业 | - |
| 证件号码     |                                                                 |     |   | 住址/单位 | -                 |    |   |
| 入院日期     | 2026-06-24                                                      | 住院号 |   | 科室    | (海东) 儿童血液肿瘤专科病房   |    |   |
| 临床<br>诊断 | 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系中危) 3. 药物性肝损害 4. 乳酸脱氢酶升高 5. 中度贫血 |     |   |       |                   |    |   |
| 处理<br>意见 | 患儿于2026-06-24至2026-07-02在我院住院治疗。                                |     |   |       |                   |    |   |
| 医师       | 蓝翔                                                              |     |   | 签发日期  | 2026年07月02日08时04分 |    |   |



- 1、请检查医院盖章是否清晰；
- 2、在合作医院申请，需提供合作医院开具的诊断证明（从申请之日起3个月以内）；
- 3、通过媒体报道申请，需提供现治疗的医院（必须是广东省公立医院）开具的诊断证明（从申请之日3个月以内）。

# 证 明

兹有广东省徐闻县新寮镇 [REDACTED] 陈

[REDACTED] 女，汉族，身份证号码 [REDACTED] 该村

民从 2026 年 4 月 1 日起为我镇低保人员！

特此证明！

徐闻县新寮镇公共服务办公室

2026 年 4 月 16 日



