

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: 2026580

申请日期: 2026年7月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2022年2月23日			广东广州	
	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 复发		广州市儿童医院	2024.8.5确诊 2026年4月28日 复发	40万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	黄	45	良好				
	母亲	罗	37	良好				
1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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): 2024年8月5日黄 确诊急性淋巴细胞白血病,当时父母在创业初期花光了家里钱给孩子救治。2024年8月19日黄 弟弟出生,爸爸因为创业投资失败负债几百万,因为债务已经成累赘。到今年2026年4月底确诊白血病复发需要移植,在4月入院6月出院共花费了16万自费以及很贵的孩子其他费用,车已经抵押,钱已经卖了。现在医院孩子在等待移植,押金在催还着10万,请求基金会伸援手给我孩子吧。他已经在家里了。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年7月26日								
医院填写 疾病诊断及治疗(费用): 诊断 急性淋巴细胞白血病, 化疗26个疗程, 共1250万。 医师签名: 林 2026年7月27日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万 仟 佰 拾 元 角 二分) 负责人签名: 林 2026年7月28日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年8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: 黃 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁
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

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), 将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 林伟福

电 话: 18924052214

日 期: 2016年8月5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: 黄 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病(骨髓联合中枢早期复发) 2. 呼吸道合胞体病毒肺炎

医嘱及建议: 患儿于2026-4-29至今在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 彭晖 / 彭晖

日期: 2026-05-20 11:50:23

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

兹有患儿 黄，患 急性淋巴细胞白血病 疾病，性别 男，年龄 3 岁，是 陈 省（区、市）广州 市（州）黄埔 县（区）大沙 乡镇（街道）横沙 村民小组（居委会），（父亲：黄 母亲：罗 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：黄身份证号

患儿母亲：罗_____身份证号_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: _____

2016 年 7 月 27 日

