

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: 2026582

申请日期: 2026年 7 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	
	杨		女	2022.02.10			广东省连平县	
	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
	恶性肿瘤 急性淋巴细胞白血病		该医科大学 附属医院	2026年4月11日	30万			☐ 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 60 %	☐ 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	杨	36	良好				
	母亲	陈	38	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名: <u>3.65</u> 元 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u> </u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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）： 我家是一个普通的七口之家，家中还有年过七旬的父母，均无劳动能力，日常起居由我与老父照料，因需在家照顾三个年幼的孩子，无法外出工作，4岁孩子患有急性淋巴细胞白血病，次子杨 2 岁，长子杨 仅 5 个月大，因她的重病更是陷入前所未有的困境，经济周期，费用缺口巨大，尽管医保已报销部分费用，但自费部分及后续治疗，我们普通家庭难以承受的重担，目前家中已无任何存款，让孩子能有机会完成治疗，重获健康，也让这个家庭能看到希望。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 7 月 10 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 恶性肿瘤急性淋巴细胞白血病，全程治疗费用预估30万元。							
	医师签名: 2026 年 7 月 13 日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分） 社会工作部 负责人签名: 2026 年 7 月 22 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） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 3 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: 杨 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 恶性肿瘤维持性化疗治疗医院: 广东省人民医院
学治疗, 急性淋巴细胞
白血病

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), 将作为杨 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: 林传富

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 8 月 5 日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	杨	性别	女	年龄	4岁	职业	
证件号码				住址/单位			
入院日期	2026. 05. 07	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	恶性肿瘤维持性化学治疗 急性淋巴细胞白血病 (B系 中危)						
处理 意见	患儿于2026. 05. 07至2026. 05. 20在我科住院治疗						
医师	陈以娟			(79) 签发日期	2026年07月03日10时45分		



遂溪县附城镇马安村民委员会

证 明

兹证明我村村民：杨 身份证号 家庭住址遂溪县附城镇，全家总人口 7 人，家庭经济困难；家庭经济困难原因：急性白血病于 2026 年 4 月初确诊，需长期承担高昂医药费，家庭因病致贫，家人需全程照顾病孩子，目前家庭无其他收入来源，上述情况属实。

特此证明！

附城镇马安村民委员会（盖章）

2026 年 7 月 15 日



