

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: 2026687

申请日期: 2026 年 8 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟		女	2026.2.10			广东省广州市	
	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
	急性粒细胞白血病		广东医院 科大学附属医院	2026.7.24	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 65 %	☐ 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	钟	男	残疾				
	母亲	潘	女	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</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): 孩子她爸今年3月17号手骨折上了钢钉,无法工作.妈妈改工作.日常照顾孩子.家里俩个小孩.姐姐在上幼儿园.家里有两个老人要养无法承担医疗费用.请求基金会帮助 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 钟 2026 年 8 月 14 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性粒细胞白血病 2. 经核分枝析菌感染 3. 脓毒血症 目前总费用 5565.8 元 预计总费用 40 万元 医师签名: 肖静 2026 年 8 月 16 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 17 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 7 日 秘书处							



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: 鍾	性别: 女	年龄: 6个月
病种: 幼年型粒单核细胞白血病	治疗医院: 广东医科大学附属医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为鍾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 8 日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	钟	性别	女	年龄	6月1天	职业	-
证件号码				住址/单位	-		
入院日期	2026-08-11	住院号		科室	儿童综合内科病房		
临床 诊断	1. 急性粒单核细胞白血病 2. 结核分枝杆菌感染 3. 生长发育迟缓 4. 免疫缺陷病						
处理 意见	2026-08-11至今在我院住院治疗。						
医师	肖静			签发日期	2026年08月12日11时05分		



雷州市附城镇城东村民委员会

证明

广东公益恤孤助学促进会：

兹有我社区居民钟 [REDACTED] 性别：男，身份证号：[REDACTED]，潘 [REDACTED] 性别：女，身份证号：[REDACTED] 于 2023 年 1 月 10 日结婚。婚后生育女儿钟 [REDACTED] 女，身份证号：[REDACTED]。患儿于 2026 年 6 月 29 日在广东医科大学附属医院住院治疗诊断为白血病。现父母亲都失业，没有工作，家庭经济非常困难，现恳请贵慈善基金会给予该居民经济上帮助为盼！

特此证明！



附城镇城东村民委员会

2026 年 8 月 12 日



