

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026699

申请日期: 2026年8月17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	2019年12月			江西省赣州市定南县	
	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
	急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2026年7月16日	25-30万元		/	☐ 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%-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	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲 黄	37	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>48000</u> 元		
	母亲 欧	36	健康		3、固定资产: <u>1</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)	患儿黄 6岁7个月, 2026年7月16日确诊为急性淋巴细胞白血病, 同时脑脊液检出白血病细胞, (中枢神经系统受累) 长期异地在广州医院就医, 需要多疗程化疗, 定期骨穿、腰穿鞘注, 靶向药品花费高昂, 医疗开支巨大, 家庭收入有限, 难以持续承担全部医疗费用, 特向恤孤会申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 欧 2026年8月17日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病(B, CNS2)”, 现按suag-su-2013方案化疗, 预计治疗费用约25万元。						
	医师签名: 邱坤强 2026年8月17日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥ <u>57000</u> 元 (大写: <u>5</u> 万 <u>7</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分)							
负责人签名: 林钧泽 2026年8月18日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 善及深呼吸共愈计划 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: <u>2</u> 万 <u>5</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月7日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 黃 性别: 男 年龄: 6
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 歐

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依东

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 9 日

项目救助款由



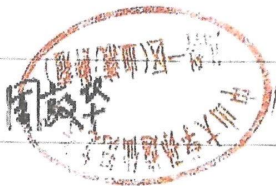
哥弟善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:黄 性别:男 年龄:6岁6月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:黄	住院号	出生地:江西省赣州市定南县
性别:男	年龄:6岁6月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-07-11		出院日期:-
临床诊断:急性淋巴细胞白血病(B)		
治疗意见: 继续住院治疗。		
记录日期:2026-07-16		



证 明

兹有黄[]男，身份证号码：[]

户籍地址在：江西省赣州市定南县历市镇[]

与欧[]女，身份证号码：

其儿子黄[]男，身份证号码：

[]患有急性淋巴细胞性白血病，现就医于中山大学孙逸仙纪念医院，该夫妻两人在医院照顾孩子，无法正常工作，生活困难。

特此证明



