

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: 2026705

申请日期: 2026年 8月 18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	2025年11月16日		广东惠州		
	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	广东医科大学附属医院	2026.4.28	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	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲 陈	50	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 46000 元		
	母亲 薛	37	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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)	目前,白血病治疗周期长,费用高昂,长期治疗已耗尽家庭积蓄,固定收入难以覆盖巨额医药及生活开支,家庭经济陷入极度困难,无力自行承担后续治疗费用。现特申请慈善救助帮扶,恳请予以审核援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年 8月 18日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 30万						
	急性淋巴细胞白血病(B系,高危)						
	医师签名: 杨耀平 2026年 8月 18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 21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 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: 陈 性别: 女 年龄: 1
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 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: 陈依名

电 话: 18924052214

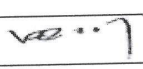
日 期: 2026 年 9 月 10 日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	陈	性别	女	年龄	1岁	职业	
证件号码				住址/单位			
入院日期	2026-08-04	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 化疗后骨髓抑制 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系 高危)						
处理 意见	患儿于2026年8月4日至5日于我院住院治疗						
医师				签发日期	2026年08月05日09时16分		



广东省盐业集团雷州盐场有限公司

证 明

兹有我场在职职工薛 [REDACTED] 女，居民身份证号码：

[REDACTED]
其女儿陈 [REDACTED] 2025 年 1 月 16 日出生，居民身份证号码：[REDACTED] 户籍地址为广东省雷州市乌石镇雷州盐场 [REDACTED] 于 2026 年 4 月确诊为急性淋巴细胞白血病。

患儿于 2026 年 4 月 28 日至 2026 年 8 月 5 日在广东医科大学附属医院住院治疗，累计产生医疗费共计 116475.23 元，其中个人自付部分为 45018.5 元。因患儿病情较重，大额医疗支出导致家庭生活非常困难。

以上情况全部属实。

特此证明。

广东省盐业集团雷州盐场有限公司

工会委员会

2026 年 8 月 7 日

