

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（媒体推荐）

编号: 2026711 陈暖1792号

申请日期: 2026年 8 月 22 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	2025.10.17			广东廉州	
	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
	急性淋巴白血病		南方医院	2026.4.30	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 70 %	☐ 商业保险 ____ %	☐ 其他保险 ____ %	☐ 无	
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;			
	父亲 林	36	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元			
	母亲 陈	38	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）	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							
	（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。）							
	2026年4月30日确诊在南方医院确诊急性淋巴白血病,经过4个月化疗,病情有所缓解,尚未痊愈,疗程需2-3年,需定期返院化疗,复查骨髓及血常规等多期治疗,本人一直无稳定收入,仅靠电子微薄收入维持全家人日常开销,本家庭无存款,前期治疗费用均向亲朋好友借款,无力承担后续医疗费用,恳请部门予以帮扶救助							
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026 年 8 月 22 日							
调查意见	情况属实。 调查员签名: 林 2026 年 9 月 11 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分)								
负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 14 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:	林	性别:	男	年龄:	10月
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	南方医科大学南方医院				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为林 的治疗费用。

受助人（监护人）: 林

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人: 陈

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月15日



南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

姓名	林	年龄	9月	性别	男	科别	儿童中心二区	就诊ID号	
单位或住址	无								
入院时间	2026年08月04日						出院时间	2026年08月08日	
病案号									

主要检查结果：
详见出院小结。

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化疗；2. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型 中危 缓解)；3. 骨髓抑制性贫血；4. 药物性肝损伤；5. 心肌酶谱异常。

建议：
详见出院小结。



(主任/副主任/主治医师) 医师签名：吴子强

日期：2026年08月08日

特别说明：本疾病诊断证明书 1. 由主治医师以上职称人员审核签字，并有医院签章方为有效；2. 应陈述患者在我院就诊的客观事实，提出建议，凡涉及对患者在外院诊疗情况、间接致病(伤)的原因等进行主观评价和判断的内容均无效；3. 诊疗时限和费用以实际发生为准，医师根据同类疾病治疗经验得出的意见，仅供参考。4. 病假时间门诊急性病不超过3天，慢性病不超过7天，住院患者病假原则上不超过1个月(肿瘤及结核、骨科等疾病患者可根据病情适当延长)。

