

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: 2026717

申请日期: 2026年8月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨		男	2018.11.30			广东省汕尾陆河	
	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		广州五女儿童医院	2025.10.11	35W		✓	□是 □否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 15万 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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		
	父亲	杨	38	好				
	母亲	黄	39	好				
申请救助理由(请详细描述)	患儿的病需长期化疗,靶向药物治疗,仅有新农合医保,报销比例有限,治疗方案中有约16万左右药物属于自费项目,无法医保报销。父母收入较低且不稳定,家中背负房贷、车贷及几十万欠款,巨额医疗支出已超出家庭承受能力,经济压力巨大,特申请救助基金给予帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 董 2026年8月3日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前诊断急性淋巴细胞白血病,累计总费用35万。							
	医师签名: 阮正权 2026年8月3日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥201,000 元(大写: 贰拾万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王学 2026年8月3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15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: 杨 性别: 男 年龄: 7
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

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 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月16日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）
广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：核 性别：男 年龄：7岁 科别：珠-PICU1组 床号 住院号

诊断：

1. 脓毒性休克 2. 急性阑尾炎穿孔伴弥漫性腹膜炎 3. 化疗后骨髓抑制 4. 继发性血小板减少 5. 肝功能检查的异常结果 6. 低蛋白血症 7. 恶性肿瘤维持性化学治疗 8. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 中危, EP300:ZNF384) 9. 肺部感染 10. 低钾血症

医嘱及建议：患儿2026.08.18至今在我院血液肿瘤科和PICU治疗。

医师签名：/匡飞梅/戴丹

日期：2026.09.11



注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿 杨 林 白 血 病，性别 男，年龄 7 岁，
是 广东 省（区市）汕尾 市 陆河 县（区）河田 乡 镇（街
道）城南 村民小组（居委会），父亲 杨 母亲 莫
民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，难以承担患儿全部医疗
费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：杨 份证号

患儿母亲：莫 身份证号

情况属实。

村委会/居委会盖章：

2024 年 8 月 3 日

