

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: 2016 716

申请日期: 2016 年 8 月 5 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	林		女	2011年6月			广东省湛江市霞山区
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性淋巴细胞白血病(B系高危)		广东医科大附属医院	2016-1-26	30万元		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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;	
	父亲	林	39	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 25000 元	
	母亲	蔡	40	良好		3、固定资产: 0 套房子; 2 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						
	急性淋巴细胞白血病属于高危重大疾病, 治疗费用高, 孩子各项治疗费用已累计超10万元, 为不中断孩子救命治疗, 我们已向多方亲友四处拆借, 现已负债累累, 家庭经济彻底透支, 无任何资金渠道可支撑孩子后续长期治疗。目前, 夫妻已被迫辞职, 白血病治疗全程需要家属24小时不间断贴身陪护, 还要抚养年仅一岁半的次女。望贵促进会予以救助帮扶, 缓解家庭经济压力, 助力孩子完成后续治疗。						
医院填写	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2016 年 8 月 5 日						
	疾病诊断及治疗(费用): 初诊确诊, 急性淋巴细胞白血病(B系高危)。						
	医师签名: 黄新 2016 年 8 月 17 日						
医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000 元(大写: 伍万零仟零佰零拾零元零角零分)							
负责人签名: 林 2016 年 8 月 20 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥30,000.00 元(大写: 叁万元整)							
负责人签名: 林 2016 年 9 月 秘书							



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: 女	年龄: 4岁2个月
病种: 急性淋巴细胞性白血病(8系高倍)	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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为杜 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: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月16日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	林	性别	女	年龄	4岁	职业	/
证件号码				住址/单位	/		
入院日期	2026-07-15	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化疗 2. 急性淋巴细胞白血病(B系 高危) 3. 恶性肿瘤靶向治疗 4. 化疗后骨髓抑制						
处理 意见	患儿于2026-07-15至2026-07-31在我院住院治疗。						
医师	蓝翔			签发日期	2026年07月31日08时05分		



湛江市
霞山区

海头街道西厅村民委员会

证 明

兹证明我村村民林 身份证号

家庭住址：湛江市霞山区海头街道 林 于

2026年1月26日在广东医科大学附属医院确诊为急性淋巴白血病

(B系)，自此长期在该院住院接受专项化疗、靶向治疗等系统性治疗。由于白血病治疗费用昂贵、检查频次高、住院耗材及陪护开销极大，所以因病导致债务累累，目前生活极其困难。

特此证明。

村委会：(盖章)

2026年8月5日



