

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: 2026718

申请日期: 2026年 8月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	刘		女	2020年12月29			湖南省衡阳县石市镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴白血病		广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2026.7.19	40-50万		
病童家庭情况	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
							是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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 刘	30	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元		
申请救助理由(请详细描述)	母亲 刘	31	健康		3、固定资产: 0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		
2026年1月19号确诊白血病,辗转几个医院,最终在增城院区确诊。腰穿结果不是很理想,有基因问题(检测出),亚型。复发风险较高,需要长期吃靶向药物(达沙替尼)治疗,小孩没有买任何保险。很多进口药物没有报销,最近一次基因检查克隆序列有一个阳性结果。医生给的答案是可能还要进行一轮化疗。一家人全靠孩子爸一个人的经济来源,经济压力非常大,特求助基金会 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2026年 8月19日 现已花费16万							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病。总费用约40万						
	医师签名: 肖强华 2026年 8月19日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖文 2026年 8月25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: 刘 性别: 女 年龄: 5岁8个月
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城院区).

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), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2016年9月16日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：刘 性别：女 年龄：5岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊 断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿于2026.08.19-2026.08.22在我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：刘新 / 刘剑东

日 期：2026.08.22

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

兹有患儿刘，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别女，年龄5岁，是湖南省（区、市）衡阳市（州）衡阳县（区）石市乡镇（街道）观音山村民小组（居委会），（父亲：刘，母亲：刘）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，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：刘 身份证号：

患儿母亲：刘 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026年8月1日



