

## 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: 20260736

申请日期: 2026年8月27日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 姓名                                                                       |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地  |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 男                                                                        |                                             | 男                               | 2013.11.03                      |                                 |                            | 广东省揭阳市 |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 伯基特淋巴瘤                                                                   |                                             | 广州市妇女儿童医疗中心                     | 2026.7.18                       | 70万                             |                            | /      | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 55% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |        |                                                                                |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 姓名                                                                       |                                             | 年龄                              | 健康情况                            | 联系电话                            |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 父亲                                                                       | 男                                           | 43                              | 好                               |                                 |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 母亲                                                                       | 女                                           | 43                              | 好                               |                                 |                            |        |                                                                                |
| 1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>60000</u> 元<br>3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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):<br>原因是小孩子患病以后,家中只有父亲工作,母亲失业照顾患儿,没有收入,然后家中姐姐准备上大学,也是费用不少的支出,单凭父亲的每月工作5000元左右的收入根本支付不了患儿后续的治疗,前期的治疗费用部分还是借款。<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 男 2026年8月27日                                                                                                                              |                                                                          |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断伯基特淋巴瘤,按医保,治疗约70万                                       |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 医师签名: 黄楚强 2026年8月27日                                                     |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥35000 元(大写: 叁万伍仟元) (角 分)<br>负责人签名: 王靖文 2026年9月1日 |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥25,000.00 元(大写: 贰万伍仟元)<br>负责人签名: 林钧泽 2026年9月21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: 易 性别: 男 年龄: 12岁  
病种: 伯基特淋巴瘤 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), 将作为易 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月22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: 易 性别:男 年龄:12岁 科别:增-血液肿瘤科2组 床号 住院号:

诊 断:1. 伯基特淋巴瘤(IV期, 高危) 2. 肿瘤溶解综合征 3. 高乳酸血症 4. 高甘油三酯血症

医嘱及建议: 患儿自2026. 07. 17-2026. 07. 30于我院增-血液肿瘤科2组治疗。

医师签名: 江 平 / 徐心雨

日 期:2026年07月30日 18:02:57

- 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 号 患 急性淋巴细胞白血病 疾病，性别 男，年龄 12 岁，是 广东 省（区、市）江门市（市/州）鹤山 县（区）沙坪 乡（街道）玉桥边 村民小组（居委会），（父亲 男 母亲 女 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:  身份证号: \_\_\_\_\_

患儿母亲：李 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话:

2016年8月20日

