

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2026148张略1799号

申请日期: 2026年9月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		男	2022.5.6			惠东县平山镇	
	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		南方医科大学南方医院	2026.02.01	45万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 55%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	吴	42	健康				
	母亲	王	42	健康				
申请救助理由(请详细描述)	(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。) 患儿在2026年2月1日确诊,目前还需要较长时间化疗,前期3月已花掉全家所有积蓄,部份治疗费是亲戚朋友借用。家庭贫困,所有经济来源只有母亲一人支撑,家中还有妹妹就读幼儿园和姐姐读高二,爸爸长年照顾瘫痪中风的爷爷,目前奶奶照顾患儿。所有的开支费用全靠母亲,非常困难。希望得到救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年9月7日							
调查意见	情况属实。 调查员签名: 林钧泽 2026年9月18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 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月20日								



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：吳 性别：男 年龄：4岁
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 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为吴 的治疗费用。

受助人（监护人）：王

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：2026年 9 月 22 日



南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

姓名	吴	年龄	4岁	性别	男	科别	儿童中心二区	就诊ID号	
单位或住址		无						病案号	
入院时间		2026年06月30日				出院时间		2026年07月03日	
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. 便秘; 4. 低纤维蛋白原血症。 建议: 详见出院小结 (主任/副主任/主治) 医师签名: 吴子东 日期: 2026年07月07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)。

证明

兹有广东省惠东县平山金光社区居民 姓名吴 [REDACTED] 男，
身份证号码 [REDACTED] 于 2026 年 2 月 1 日在南方医
科大学南方医院确诊为 急性淋巴细胞白血病，因治疗费用庞大，
加之家有重病老人和年幼小孩上学，无法承担庞大的医疗费用，
只好求助社会爱心人士救助。

情况属实。

特此证明

惠东县平山街道金光社区居民委员会

2026 年 2 月 2 日



