

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: 2026771

申请日期: 2026年8月30日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	周	男	2019.12.30		广东 罗定		
	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	广州妇儿	2026.7.24	400万-500万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 70% ☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☒ 无	
	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) 50000 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		
申请救助理由(请详细描述)	父亲	周	45	健康			
	母亲	许	33	健康			
突发重病, 家庭经济陷入绝境, 特向贵基金会申请医疗救助, 恳请给予帮助。我家共有四口人; 在公年安全偏大, 在家做散工, 照顾大儿子, 无固定收入; 大儿子18岁, 正在上小学。因为白血病, 后期治疗也要一笔治疗费用, 生活本就拮据, 暂时无法治疗。银行贷款八万, 孩子确诊急性淋巴细胞白血病前已经在网上欠款十余万。入院期间亲朋姐妹借款七万, 后续要用到化疗, 接近一万无支的药品, 因为我母亲一直在家照顾两个孩子, 没有收入, 无力支付后续的治疗费。因患白血病, 突发急性性细胞白血病, 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2026年8月30日 大儿子无法照顾只能送红毛管所, 希望得到帮助。							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为淋巴系统白血病, 总费用40-50万元						
	医师签名: 肖新平 2026年8月31日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖远 2026年9月8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) 2026年9月28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: 周 性别: 男 年龄: 6
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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依兰

电 话: 18924052244

日 期: 2026 年 9 月 29 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：周 性别：男 年龄：6岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性淋巴细胞白血病 2. 脓毒血症(早期) 3. 膈膨升 4. 蚕豆病

医嘱及建议：患儿2026. 07. 24-2026-8. 20于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：刘剑东 / 刘剑东

日期：2026. 08. 20

- 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

兹有患儿周患急性淋巴细胞白血病疾病，性别男，年龄6岁，是广东省（区、市）云浮市（州）罗定县（区）双东乡镇（街道）大众村民小组（居委会），（父亲：周母亲：许）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：周身份证号：

患儿母亲：许身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：

2026 年 8 月 24 日

