

## 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026517

申请日期: 2026年 6月29日

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                    | 姓名                                                                                     | 性别              | 出生年月                                   | 身份证号码                                            | 户籍所在地                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                         | 张                                                                                      | 男               | 2012.9.27                              |                                                  | 江西省赣州市宁都                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                         | 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                                                                           |
|                                                                                                                                                                                         | 恶性肿瘤                                                                                   | 中山大学<br>孙逸仙纪念医院 | 2026.4.16                              | 20万元                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | /                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                  | 购买保险情况及报销比例                                                                            |                 | <input type="checkbox"/> 新农合<br>_____% | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民<br>约50% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>_____%                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>_____% | <input type="checkbox"/> 无                                                     |
|                                                                                                                                                                                         | 姓名                                                                                     | 年龄              | 健康情况                                   | 联系电话                                             | 1、抚养18岁以下儿童 2 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 6000.00元<br>3、固定资产: 一 套房子; 一 辆摩托车; 一 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 checked="" 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 |                                         |                                                                                |
| 父亲                                                                                                                                                                                      | 张                                                                                      | 44              | 糖尿病                                    |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
| 母亲                                                                                                                                                                                      | 张                                                                                      | 39              | 正常                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
| <p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>因本人小孩张, 于今年四确诊恶性肿瘤淋巴瘤, 就诊于孙逸仙纪念医院城都院区, 现已进行规范化疗。因家庭收入有限, 治疗费用较大, 难以支撑高额治疗费用, 现向贵组申请救助, 希望贵会能伸出援助之手, 感激不尽。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 张 2026年 6月29日</p> |                                                                                        |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
| 医院填写                                                                                                                                                                                    | <p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>患儿诊断: 混合细胞型霍奇金病, 经典型(高危组), 手术治疗、化疗、免疫治疗的费用大约为 20万元。(贰拾万元)</p>   |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                         | <p>医师签名: 彭清敏 2026年 6月29日</p>                                                           |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                         | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 57 元 (大写: 5 元 七 角 分)</p> <p>负责人签名: 林保明 2026年 6月29日</p> |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元 零 角 分)</p> <p>负责人签名: 杨处 2026年 7月13日</p>                                                                                      |                                                                                        |                 |                                        |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                                                                |



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### “菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 张 性别: 男 年龄: 13 岁  
病种: 经典型霍奇金淋巴瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花柳院区)

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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: 2026 年 7 月 16 日

项目救助款由



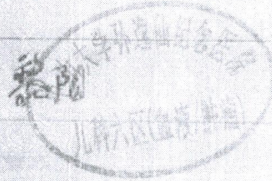
哥哥菩及基金会 资助。

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:张 性别:男 年龄:13岁6月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

|                                  |                 |                |
|----------------------------------|-----------------|----------------|
| 姓名:张                             | 住院号:            | 出生地:江西省赣州市宁都县  |
| 性别:男                             | 年龄:13岁6月        | 科室:儿科六区(血液/肿瘤) |
| 入院时间:2026-04-17                  | 出院日期:2026-04-28 |                |
| 临床诊断:1. 恶性肿瘤; 2. 混合细胞型霍奇金病, 经典型; |                 |                |
| 治疗意见:<br>详见出院小结。                 |                 |                |
| 记录日期:2026-04-28                  | 医生: 黎刚          |                |



## 家庭困难证明

兹证明我社区居民张 [REDACTED]，性别男，身份证号：

[REDACTED] 家庭住址：宁都县 [REDACTED]。

该居民家庭成员共 4 人，分别为：

父亲：张 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED] 目前职业：

[REDACTED] 教师；

母亲：李 [REDACTED]，身份证号：[REDACTED] 目前职业：

[REDACTED] 教师；

弟弟：张 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]，学生。

该家庭主要收入来源为工资收入，该家庭之子张 [REDACTED] 被确诊为淋巴瘤，截至目前已花费医疗费用约人民币 15 万元，家庭积蓄已耗尽，并已向亲友借款。后续仍需进行化疗等，预计后续治疗费用缺口较大，家庭现有收入无法承担。

经核实，情况属实。

特此证明。

证明单位：

日期：2026 年 6 月 4 日



