

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: 2026534

申请日期: 2026年6月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	吴		女	2020.12.28			广东省惠来县岐石镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	伯基特细胞白血病		广州市花都区新华医院	2026.6.2	30-50万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ 城镇居民 ☒ 城居 50%	☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否		
	残疾类型和级别:						
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 67 元		
	父亲 吴	29	尚可		2、家庭年收入(不含政府补贴) 元		
医院填写	母亲 林	29	尚可		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		
本人吴 常年在外打散工,收入不稳定,仅仅只够养家糊口。今年遭遇突发变故,家中长女确诊伯基特细胞(白血病)大额度化疗费用让本就拮据的生活雪上加霜。家中无任何固定资产,目前为了治病已欠下大量外债,房租、日常生活都是借来度日。特此申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年6月24日							
疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“B细胞性淋巴瘤/白血病成熟B细胞白血病 IV期RPL”明确,2026-06-02起投CCCG-BNHL-2025化疗,总费用约多拾万元,现申请救助。 医师签名: 林伟吟 2026年6月24日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万元 (大写: 5 万 0 千 0 百 0 拾 元 0 角 0 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年6月24日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 2 万 5 千 0 百 0 拾 元 0 角 0 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月20日							



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: 吳 性别: 女 年龄: 5
病种: 成熟B细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为呈 治疗费用。

受助人 (监护人): 林

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24日

项目救助款由



哥第菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:吴 性别:女 年龄:5岁4月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:吴	住院号	出生地:广东省揭阳市惠来县
性别:女	年龄:5岁4月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-05-27		出院日期:2026-06-02
临床诊断:伯基特细胞白血病; 支气管炎;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期:2026-06-02	医生:	

家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）袁（患儿监护人姓名），身份证号袁，家庭人口共4人，家庭年收入为5万，目前无收入医院陪护女儿元。

其子/女袁（患儿姓名），身份证号袁，患有伯基特细胞白血病（疾病名称），已在中山大学孙逸仙纪念医院（花都区）接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：

联系电话

（盖章）

2026年7月3日



