



广东公益恤孤助学促进会“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号: 2026593

申请日期: 2026年7月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	雷		女	11岁7个月			四川省广安市邻水县	
	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
	地中海贫血		广州中山大学孙逸仙纪念医院	2015年11月	这次总费用 3万-4万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	雷	53	体弱多病 长年吃药				
	母亲	吴	52	健康				
1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 6万 元 固定资产: 1 套房子; 辆摩托车; 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)	雷 重型地中海贫血 2015年12月30确诊, 造血干细胞移植手术目前194天, 现在住院治疗, 肝口皮肤, 眼睛等处慢排, 这次住院亲戚朋友都借了, 实在拖不到, 特向贵单位申请救助, 缓解我们治疗的经济压力, 帮助我们渡过难关, 谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 雷 2026年7月14日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断 重型β地中海贫血 10年余, 2015-12-30在孙逸仙纪念医院行造血干细胞移植, 目前移植术后半年余, 目前诊断: 1. 亚急性性粒细胞性白血病(原发), 肝脾肿大; 2. 中度慢性粒细胞性白血病。 考虑治疗费用 20-30万人民币。 医师签名: 2026年7月14日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 5万 仟 一 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月15日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00元 (大写: 壹万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月10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: 雷 [redacted] 性别: 女 年龄: 11岁8个月
病种: 重型地中海贫血 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院五区儿科

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为雷 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吴 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林传智

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 8 月 11 日

项目救助款由

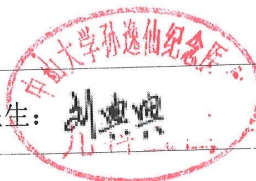


哥哥善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:雷 性别:女 年龄:11岁6月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:雷春晓	住院号:	出生地:四川省宜宾市长宁县
性别:女	年龄:11岁6月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间:2026-06-29		出院日期:2026-07-08
临床诊断:1.皮疹(查因:1、急性移植物抗宿主病;2、感染); 2.II度急性移植物抗宿主病((皮肤2级,肝脏2级)); 3.地中海贫血造血干细胞移植状态; 4.中度慢性移植物抗宿主病((口腔1分,眼部1分,肝脏1分)); 5.肝功能异常;		
治疗意见: 1、目前住院治疗中		
记录日期:2026-07-08	医生: 	

低保对象在保证书

兹有我辖区居民：雷春晓，身份证号：[redacted] 家
庭地址：宜宾市长宁县古河镇 [redacted] 经批准于2023年12月04日
至今享受城乡居民最低生活保障待遇。

特此证明



低保家庭成员信息表

序号	姓名	与户主关系	身份证号码	是否保障对象
1	雷	户主	[redacted]	是
2	吴	父母	[redacted]	否
3	雷	父母	[redacted]	否

