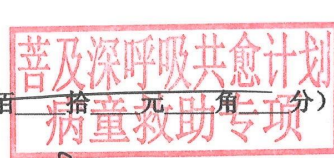


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026002

申请日期: 2026 年 6 月 25 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	关		男	2019年3月			广东省佛山市南海区西樵镇	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2026年4月27日	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	关	29	良		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>70000</u> 元		
	母亲	陈	34	良		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>2</u> 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）		孩子于2026年4月27日确诊白血病，在中山大学孙逸仙纪念医院住院治疗，需长期化疗、定期复查，治疗周期长，医药费高昂，医保按政策报销后仍留有大额自费费用，父母为陪护孩子无法正常上班，家庭失去稳定收入，存款早已全部用于医药费，向外亲友借款度日，日常生计与后续治疗费难以支撑，无其他政策性大额救助，经济负担超出家庭承受能力，恳请恤孤助学基金会予以医疗救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 关 2026 年 6 月 25 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊急性淋巴细胞白血病（LR），按SCCCG-BLL-2023方案化疗，治疗费用约30万元。 医师签名: 关 2026 年 6 月 25 日							
	医院意见（盖章）:  建议给予医疗救助金 <u>5</u> 万元（大写: <u>5</u> 万 <u>一</u> 千 <u>一</u> 百 <u>一</u> 拾 <u>一</u> 元 <u>一</u> 角 <u>一</u> 分） 负责人签名: 林伟吟 2026 年 7 月 28 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>25,000.00</u> 元（大写: <u>贰</u> 万 <u>伍</u> 千 <u>一</u> 百 <u>一</u> 拾 <u>一</u> 元 <u>一</u> 角 <u>一</u> 分） 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: 关 [redacted] 性别: 男 年龄: 7岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 潘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: /

电 话: /

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月12日

项目救助款由



哥哥菩及基金会 资助。

中山大學 孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:郑 性别:男 年龄:7 岁 2 月 科室:儿科一区 (血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名:郑	住院号	出生地: 广东省佛山市南海区
性别:男	年龄:7 岁 2 月	科室:儿科一区 (血液/肿瘤)
入院时间: 2026-06-13		出院日期: 2026-07-01
临床诊断: 1.急性淋巴细胞白血病 (返院化疗, B, IR, NR, CNS2, 伴 RUNX1 突变, BCR-ABL1 (p210) 融合, IKZF1 (4-7) 缺失、ERG 部分缺失); 2.化疗后骨髓抑制; (1) 重度贫血; (2) 血小板减少; (3) 中性粒细胞减少;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2026-07-01		医生: 洪伟彤

贫困证明（大病医疗救助/医院慈善基金申请用）

贫困申请书（个人向村委会）

申请人：关 性别：男 身份证号：
家庭住址：广东省佛山市南海区里水镇贤僚村
联系电话：

尊敬的贤僚村民委员会：

本人关 家中共5口人，家庭成员：

1. 配偶：谭 年龄34，身体状况 ☒健康 ☐患病 ☐残疾，务工/务农情况：无业

2. 子女/父母：姓名廖 年龄72 情况：在家长期吃药

3. 子女/父母：姓名关 年龄10，情况：小学

4. 子女/父母：姓名关 年龄7，情况：住院治疗

现因本人（家属关）身患急性白血病疾病，在中山大学附属纪念医院住院治疗，确诊急性白血病，长期吃药、手术治疗，医疗开支巨大。

家庭收入来源：☐务农 ☐打零工 ☐无固定收入，年均家庭总收入约70000.00元；

困难原因（勾选+补充）：

☐身患重病丧失劳动能力 ☒家属重病常年就医负债 ☐家庭成员残疾无收入

☒家中老人多病、子女上学负担重 ☐天灾/意外致贫 ☐其他：

高额医药费已掏空全部积蓄，还向外借款120000元，家庭日常开支难以维持，无力承担后续治疗费用。现特向村委会申请开具贫困证明，用于向医院申请大病救助基金、慈善帮扶补助。恳请村委会实地核查属实后予以盖章证明。

申请人（签字按手印）：关

申请日期：2026年6月28日



