

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: 2026604

申请日期: 2026年 7月 21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	冯		男	2019年10月			广东省云浮市云安区	
	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(花都区)	2026年6月30日	35万元		/	☐ 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			
	父亲	冯	40	良好				
	母亲	张	40	良好				
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: / 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): 家庭经济困难,因家长需要长期陪护病童治疗,无法正常工作,没有收入,医疗费用开支巨大;家中还有一名小孩要抚养,高额医药费已造成家庭经济十分困难。 希望获得广东公益恤孤助学促进会的救助,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026年 7 月 21 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“急性淋巴细胞白血病(LB.HR)”,目前按SCCCU-2023-AU方案治疗,预计费用伍拾万。							
	医师签名: 林钧泽(血液/肿瘤) 2026年 7 月 21 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元(大写: 5万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年 7 月 21 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 佰 拾 元 角 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: 冯 [模糊] 性别: 男 年龄: 6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(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), 将作为冯 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [模糊]

经办人: [模糊]

电 话: 18924252214

日 期: 2026 年 8 月 12 日

项目救助款由



哥哥菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:冯 性别:男 年龄:6岁8月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:冯	住院号:	出生地:广东省云浮市云安区
性别:男	年龄:6岁8月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-06-26		出院日期:2026-07-14
临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B,BCR/ABL融合基因阳性); 2.化疗后骨髓抑制; 3.全鼻窦炎; 4.双侧乳突炎; 5.凝血功能异常; 6.转氨酶升高; 7.胆汁淤积;		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2026-07-16		医生: 周家华

家庭经济困难证明

兹有我蕉坪村民委员会村民：冯（父亲），身份证号码：
配偶：张（母亲），身份证号码：
其子冯（患儿），性别男，身份证号码：
户籍地址：广东省云浮市云安区石城镇蕉坪村委会。该儿童于 2026 年 6 月确诊为急性淋巴细胞白血病，长期需要住院化疗治疗，医疗费用开支巨大。家中主要经济来源仅靠务工收入，因家长需要长期陪护患儿治疗，无法正常工作，家庭收入微薄，高额医药费已造成家庭经济十分困难，确属困难家庭情况属实恳请相关部门给予人道救助为盼。

特此证明

云浮市云安区石城镇蕉坪村民委员会

2026 年 7 月 16 日



