

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: 2026670

申请日期: 2026年7月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	曾		女	2016年10月20日			广东省化州市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2021年8月	50万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>70</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>4万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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		
	父亲	曾	45	健康			
医院填写	母亲	温	39	健康			
	患儿曾 女, 2016年10月出生, 于2026年5月17日在中山大学孙逸仙纪念医院确诊急性淋巴细胞白血病(复发), 目前正在化疗, 第一疗程结束未能完全缓解, 后续需要用上贝林妥欧单抗(自费至少十几万元), 缓解后再移植, 加上后续治疗维持, 保守估计50万左右。自患儿生病以来, 家里已为了医疗费负债累累, 家里还有孩子读书, 孩子奶奶因病瘫痪在养老院, 仅靠孩子父亲工资收入, 根本承担不起如此费用。本人保证上述情况完全真实。特此申请项目救助, 望批准。 申请人签名: 温 2026年7月5日						
医院意见(盖章)	疾病诊断及治疗(费用): 诊断“急性淋巴细胞白血病复发(B1)(单纯骨髓复发, IR伴RBI::LINC00462融合, KRAS突变, IKZF1缺失(4-7). chr5拷贝数增加/部分增加; IGH断裂)”明确。预计化疗费用30万元。 医师签名: 2026年7月6日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5万</u> 元 (大写: <u>5万</u> 一 仟 一 佰 一 拾 元 二 角 一 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>35,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万伍仟</u> 一 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月7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: 曾 性别: 女 年龄: 11
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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 温

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮依兰

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月1日

项目救助款由



999基金会 资助。

中山大學 孫逸仙紀念醫院

疾病診斷證明

姓名:曾 性别:女 年龄:11 岁 9 月 科室:儿科五区 (层流室) 床号 住院号

姓名:曾	住院号	出生地: 广东省茂名市化州市
性别:女	年龄:11 岁 9 月	科室:儿科五区 (层流室)
入院时间: 2026-08-10		出院日期: 造血干细胞移植
临床诊断: 急性淋巴细胞白血病复发(B) (单纯骨髓复发, IR, 伴 RB1::LINC00462 融合, KRAS 突变 IKZF1 缺失 (4-7), chr5 拷贝数增加/部分增加, IGH 断裂)		
治疗意见: 造血干细胞移植		
记录日期: 2026-08-28		



情况说明

兹有辖区居民曾 身份证号：

户籍地址：广东省化州市河西
街道办广海中路化州市 据化州市

提供的证明和电话与其学校沟通调查。其女
儿曾 身份证 确诊急性淋
巴细胞白血病复发，已在中山大学孙逸仙纪念医院进行
化疗，曾 患病以来，孩子母亲在院照顾小孩，
没有收入。据孩子父亲口述，当初为了孩子治疗，家
里已经负债，目前尚有一孩子上学，孩子奶奶瘫痪住
在养老院，家庭开支仅靠其父亲曾 承担。

化州市河西街道增塘社区居民委员会

2026年6月16日



