



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: 2026679

申请日期: 2026年 8月 11日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张	男	2018年7月11日			广东省江门市蓬江区	
	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
	白血病综合治疗	中山大学孙逸仙纪念医院	2024年8月2号	无法预估 终身治疗		/	☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 一级别
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30-40%	☐ 城镇居民 _____ %	☐ 商业保险 _____ %	☐ 其他保险 _____ %	☐ 无
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 10000 元 3、固定资产: 没有 套房子; 1 辆摩托车; 没有 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	张	32	健康			
母亲	钟	32	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	小孩确诊白血病综合治疗属于罕见(血液病)病情凶险,辗转几家医院治疗后转入中山大学孙逸仙纪念医院,该病情需要终身住院治疗,检查、服用高价药角数,多次住院治疗产生大额医疗费用,开销巨大,救治病耗尽家中全部积蓄,家中无稳定收入,依靠低保微薄工资维持开销,属于因病致困致贫家庭,救助爱心人士帮助,缓解家庭治病压力,让孩子能够继续完成治疗,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟 2026年 8月 11日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 白血病综合治疗相关治疗费用约20万元						
	医师签名: 林伟明 2026年 8月 11日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 5万 仟 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 林伟明 2026年 8月 11日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整)							
负责人签名: 林钧泽 2026年 8月 31日 秘书处							



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: 张 性别: 男 年龄: 8
病种: 噬血细胞综合征 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 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元整), 将作为 张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等): /

电 话: /

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 9 月 2 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:张 性别:男 年龄:7 岁 11 月 科室:儿科四区 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地: 广东省湛江市廉江市
性别:男	年龄:7 岁 11 月	科室:儿科四区
入院时间: 2026-06-22		出院日期: 2026-07-04
临床诊断: 1.噬血细胞综合征(中枢神经系统受累,后遗症期); 2.EB 病毒感染; 3.巨细胞病毒感染; 4.桥本甲状腺炎; 5.低免疫球蛋白血症(IgA); 6.变应性鼻炎; 7.鼻中隔偏曲; 8.1 型家族性高胆固醇血症 (LDLR 基因突变);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期: 2026-07-04		医生: 陈慧 / 李 铸 儿科四区



广东省城乡居民
最低生活保障证

广东省民政厅印制



核发单位: _____

发证日期: _____ 廉江市民政局

户主姓名: _____ 2025年6月5日

身份证号码: _____ 张

低保证编号: _____

