版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026680　　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	
	邓[redacted]	男	2021年7月	[redacted]		广东省佛山市	
	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	2026.5.6	30万	[redacted]	/	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50 %	☐城镇居民 ____ %	☐商业保险 ____ %	☐其他保险 ____ %	☐无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	
	父亲 邓[redacted]	37岁	一般	[redacted]	1、抚养18岁以下儿童 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 6万 元 3、固定资产：0 套房子；0 辆摩托车；0 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
	母亲 张[redacted]	30岁	一般	[redacted]	

申请救助理由（请详细描述）：

患儿邓[redacted]于2026年5月6日被确诊为急性淋巴细胞白血病，需长期住院化疗及药物维持，治疗时间需2年，医疗费总费用大约30万，巨额的医疗开支导致家庭入不敷出，基本生活难以维持，特申请救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：张[redacted]　2026年 8 月 11 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"，现按SCCCH-ALL-2023方案化疗。预计总费用约30万元。

医师签名：[redacted]　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 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：林伟岭　2026年 8 月 11 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 21 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：卜[redacted]	性别：男	年龄：5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），将作为卜[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：张[redacted]

电　话[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924052214

日　期：2026年9月2日

项目救助款由 哥弟菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:卢 性别:男 年龄:5岁 科室:儿科一区（血液/肿瘤） 床号 住院号

姓名:卢 住院号 出生地:

性别:男 年龄:5岁 科室:儿科一区（血液/肿瘤）

入院时间：2026-07-31 出院日期：2026-07-31

临床诊断：急性淋巴细胞白血病（(B，LR，CNS1，伴ETV6::RUNX1融合基因阳性，NSD2基因突变)返院化疗）

治疗意见：
住院治疗。

记录日期：2026-07-31 医生：

家庭经济困难证明

兹证明邝[redacted]性别：男，身份证号码[redacted]系我社区居民。该居民家庭共有4口人，因其本人邝[redacted]于2026年5月6日被确诊为急性白血病、a型地中海贫血(静止型)、右单纯性肾囊肿，需长期住院治疗及药特维持，截至目前，已累计花费医疗费用约7.8万元，且后续治疗费用高昂，巨额的医疗开支导致该家庭入不敷出，基本生活难以维持，属典型的因病致贫家庭。望贵单位在审核其相关申请时，予以照顾为盼。

特此证明。

胜利社区居民委员会

2026年7月8日

POLICE
POLICE
ROCKE