



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: 2026852

申请日期: 2026年 9 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2026.05.30			广东省汕头市	
	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	2026.8.24	30~50万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 70 %	☐ 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	王	26	健康				
	母亲	林	27	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童: 1 名: 3 万 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 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								
本人是患儿王 的家长, 患儿于近期确诊为急性淋巴细胞白血病, 目前在中山大学孙逸仙纪念医院治疗, 病情危急, 需要尽快做异基因造血干细胞移植, 孩子患白血病, 已做骨髓移植, 基因检测, 甲磺化花片等化疗, 前期治疗已经花费大量医疗费用, 异基因造血干细胞移植是目前唯一有效的根治手段, 移植前, 预处理, 抗排斥, 抗感染等整套治疗花费巨大, 后续还要长期随访复查, 费用高昂, 家中积蓄已用, 前期治疗检查, 后续费用难以承担, 孩子年幼, 还有希望, 为挽救孩子生命, 特向贵基金会申请救助, 望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年 9 月 23 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断 幼年型粒单核细胞白血病, 伴 PTPN11 基因突变, 合并中枢神经系统浸润, 2026-08-31 起按 ALLG-JMML-2021 方案予阿扎胞苷化疗, 后使拟行造血干细胞移植, 预计费用 30~50 万元 医师签名: 林锦银 2026 年 09 月 24 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万 (大写: 五 万 零 千 零 百 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 林锦银 2026 年 10 月 9 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元) 负责人签名: 林锦泽 2026 年 10 月 20 日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 王 性别: 男 年龄: 4个月26天
病种: 幼年型粒单核细胞白血病 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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月27日

项目救助款由  哥哥善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:王 性别:男 年龄:2月2天 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:王 住院号 出生地:广东省汕头市
性别:男 年龄:2月2天 科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-08-01 出院日期:-
临床诊断:幼年型粒单核细胞白血病(伴PTPN11体系突变)

治疗意见:
继续住院治疗,拟化疗后桥接造血干细胞移植。

记录日期:2026-08-31

医生:



赖 家庭情况说明

兹有居民赖 女，身份证号码 户
籍地及居住地：汕头市金平区金东街道月季园 该
人员无职工社保，其丈夫王 目前无职工社保（由邯郸市永年
区 提供证明），儿子王 目前患白血病，家庭经济比
较拮据，特此说明。

（本说明仅供孩子治病医院用）

金东街道月季园社区居委会

2026年9月28日



