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“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号：2226875　　申请日期：2026年10月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	岑[redacted]	男	2014.7.26	[redacted]		广西靖西市禄峒镇[redacted]	
	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
	白血病高危	中山大学孙逸仙纪念医院(花都)	2026.7.29	40万-60万	[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	1、抚养18岁以下儿童 3 名；最大孩子19岁 2、家庭年收入（不含政府补贴） 1万-3万元 3、固定资产：无 套房子；无 辆摩托车；无 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 岑[redacted]	41	健康	[redacted]			
	母亲 凌[redacted]	41	颈椎病	[redacted]			
申请救助理由（请详细描述）	患儿确诊急性B淋巴细胞白血病，需要长期住院化疗，期间合并两次败血症感染，治疗周期长，医疗花费巨大，父母为陪护孩子双双辞去工作，家庭没有经济收入仅靠城乡居民医保报销自费部分压力极大，家庭难以承担后续治疗费用，特此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：岑[redacted] 2026 年 10 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：确诊急性淋巴细胞白血病高危(B)，合并真菌、细菌感染，肝功能异常，已启动化疗，后续需按SCCLG-ALL-2023方案进行化疗治疗，预计费用40-50万元。 医师签名：[redacted] 2026 年 10 月 10 日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元（大写：伍万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：[redacted] 2026 年 10 月 [redacted] 日						
广东公益恤孤助学促进会意见：	同意救助 ¥35,000.00 元（大写：叁万伍仟元） 负责人签名：林钧泽 2026年11月2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：岑[redacted]	性别：男	年龄：12
病种：急性B淋巴细胞白血病	治疗医院：广州市中山大学孙逸仙纪念医院（花都院）	

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），将作为岑[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：岑[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：18972405764

日　期：2016 年 11 月 3 日

项目救助款由 哥弟菩及基金会 资助。

中山大學孫逸仙紀念医院

疾病诊断证明

姓名:岑[redacted] 性别:男 年龄:12岁1月 科室:儿科重症监护病房（PICU） 床号:[redacted] 住院号:[redacted]

姓名:岑[redacted]	住院号:[redacted]	出生地：广西壮族自治区百色市靖西市
性别:男	年龄:12岁1月	科室:儿科重症监护病房（PICU）
入院时间：2026-09-23		
临床诊断：1.脓毒血症； 2.急性淋巴细胞性白血病（(B，HR，BCR/ABL1，伴IKZF1大片段缺失)）； 3.高胆红素血症； 4.腹腔积液； 5.胆囊炎； 6.(传)糜烂出血性肠炎； 7.肺炎； 8.重度贫血； 9.低白蛋白血症； 10.凝血功能异常；		
治疗意见： 继续住院治疗。		
记录日期：2026-09-24		医生：汤昌康

中山大学孙逸仙纪念医院 儿童重症监护病区

低保证明

兹证明我镇群众岑[redacted]，身份证号码:[redacted]，家庭住址:广西靖西市禄峒镇[redacted]，家庭为农村低保救助对象家庭，岑[redacted]开始享受农村低保日期为2026年9月23日。

该证明开具日期为2026年09月23日，自开具日期有效期为6个月。

靖西市禄峒镇民政办公室

2026年09月28日

