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：20260924　　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	
	杨	男	2018.06.07			江西省宜春市高安市	
	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
	急性髓系白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2026.07.14	75万			☑是 ☐否 残疾类型和级别：贰级精神残疾
	购买保险情况及报销比例	☐新农合 ___ %	☑城镇居民 50 %	☐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	杨	41	良好	
母亲	邹	30	良好	

1、抚养 18 岁以下儿童 2 名；3-5万
2、家庭年收入（不含政府补贴）___元
3、固定资产：1 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

申请救助理由（请详细描述）

本人是邹[redacted]，孩子今年8岁，不幸确诊急性髓系白血病，自确诊以来，孩子一直在中山大学孙逸仙纪念医院治疗，经历多次化疗，加上感染，目前已花费约5万元，其中自费十多万元。由于该病治疗周期长、费用高昂，后续还需进行长期的化疗及康复和移植，预计费用达60万元。家中经济收入微薄，因要偿还债务，早已入不敷出，面对巨额医费，家庭已无力承担，生活陷入极度困境，恳请慈善机构，给予医疗救助，帮助孩子战胜病魔，延续生命。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：邹[redacted]　　2026 年 10 月 10 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：目前诊断急性髓系白血病，髓系肉瘤，目前按SCCCH-AML-2025方案化疗，治疗费用叁拾万。

医师签名：[redacted]　　2026年 10 月 14 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：[redacted]　　2026年 10 月 21 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 30,000.00元（大写：叁万 ___仟___佰___拾___元___角___分）

负责人签名：林锦泽　　2026年 11 月 9 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：杨[redacted]	性别：男	年龄：8岁	
病种：髓系肉瘤 急性骨髓系白血病	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30,000元（大写：人民币叁万元整），将作为杨[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：邹[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1月12日

项目救助款由 哥弟菩及基金会 资助。

中山大學孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:杨[redacted] 性别:男 年龄:8岁3月 科室:儿科一区（血液/肿瘤） 床号[redacted] 住院号:[redacted]

姓名:杨[redacted] 住院号:[redacted] 出生地：江西省宜春市高安市

性别:男 年龄:8岁3月 科室:儿科一区（血液/肿瘤）

入院时间：2026-09-22 出院日期：2026-09-29

临床诊断：1.化疗后骨髓抑制； 2.急性髓系白血病（M2b、RUNX1-RUNX1T1融合、JAK1突变）；
3.髓系肉瘤；

治疗意见：
详见出院小结

记录日期：2026-09-29

医生：

高安市石脑镇相山村民委员会

证明

兹有我相山村委会发以自然村村民杨[illegible]男，身份证号[illegible]该村民智力或级残疾，现文患急性骨髓亲自血病，看病现花费了五十多万元，父母全程照护该小孩，无其它经济收入，造成家庭困难。

情况属实。

特此证明

相山村委会

2016年10月13日


奥美医疗