

### 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: 2026055

申请日期: 2026年1月12日

|                                                                                                                                                                                                                            |             |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                       | 姓名          |    | 性别                                          | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                        |                                 | 户籍所在地                      |
|                                                                                                                                                                                                                            | 曾           |    | 男                                           | 2015年10月7日                      |                                                                                                                                                                              |                                 | 广东省揭阳市                     |
|                                                                                                                                                                                                                            | 所患疾病        |    | 治疗医院                                        | 确诊时间                            | 预估总费用                                                                                                                                                                        | 住院号                             | ID号                        |
|                                                                                                                                                                                                                            | 急性淋巴白血病     |    | 中山一院                                        | 2025年10月21日                     | 30-40万                                                                                                                                                                       |                                 |                            |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                     | 购买保险情况及报销比例 |    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 %                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |
|                                                                                                                                                                                                                            |             |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |
| 申请救助理由（请详细描述）                                                                                                                                                                                                              | 姓名          | 年龄 | 健康情况                                        | 联系电话                            | 1、抚养18岁以下儿童 2 名；                                                                                                                                                             |                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                            | 父亲 曾        | 34 | 良好                                          |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元                                                                                                                                                      |                                 |                            |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                       | 母亲 曾        | 35 | 良好                                          |                                 | 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车                                                                                                                                                 |                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                            |             |    |                                             |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                                 |                            |
| <p>儿子曾 今年10岁, 2025年10月21日确诊急性淋巴白血病, 因病情严重, 需一直在中山一院刘彦彬, 16楼 治疗, 目前住院至今产生医药费已高达16万, 后期治疗费用还需20-30万的治疗费, 父母都在医院照顾孩子, 没有收入, 实在无力承担, 特向贵会求助, 望批复, 万分感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 曾 2026年 01月 12日</p>                 |             |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |
| <p>疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴白血病 (B12), 化疗, 目前住院至今产生医药费已高达16万, 后期治疗费用还需20-30万的治疗费。</p> <p>医师签名: 田 2026年 1月 9日</p> <p>医院意见（盖章）: 情况属实, 请予救助为盼。</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 曾 2026年 1月 9日</p> |             |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25000.00 元（大写: 贰万 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年 1月 9日</p>                                                                                                                  |             |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |



# 廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

## 重症病童救助款收据 (菩及深呼吸共愈计划)

|       |           |       |            |     |     |
|-------|-----------|-------|------------|-----|-----|
| 病童姓名: | 曾         | 性别:   | 男          | 年龄: | 10. |
| 病种:   | 急性淋巴细胞白血病 | 治疗医院: | 中山大学附属第一医院 |     |     |

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), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月21日



中山大学 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：曾

科别：儿科二科

床号

住院号

### 出院患者疾病证明书

姓名：曾 性别：男 年龄：10岁 出院科别：儿科二科 住院号

入院日期：2025年12月17日 出院日期：2026年01月01日

出院诊断：1. 急性淋巴细胞白血病，BVI，2. 中枢神经系统白血病（CNS3），3. 化疗后骨髓抑制（III级），4. 胆汁淤积症，5. 肝功能损害，6. 鼻窦炎（双侧上颌窦）

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊急性淋巴细胞白血病2月余，返院治疗”入院。入院查：血 WBC  $6.85 \times 10^9/L$ ，NEUT  $6.31 \times 10^9/L$ ，MO  $0.06 \times 10^9/L$ ，Hb 92g/L，PLT  $31 \times 10^9/L$ ；CREA  $65 \mu\text{mol/L}$ ，ALB 40g/L，TBIL  $7.2 \mu\text{mol/L}$ ，ALT 62U/L；D-二聚体 0.33mg/L FEU，PT 10.0秒，APTT 25.5秒，FIB 1.65g/L。予输注同型机采血小板，护肝利胆等对症处理，患儿血象回升，肝酶较前下降。达化疗条件，12-25起予第二轮R-AA方案化疗，过程顺利，12-26行腰穿鞘注，查脑脊液常规、生化、找幼稚细胞未见异常，脑脊液流式MRD阴性（共检测90个events）。今予长效升白，现患儿一般情况可，予出院。

医师：张晚莉 /

陈佳睿

2025年12月31日

# 揭西县五经富镇龙山村民委员会



## 情况说明

兹有我村村民曾（性别：男；民族：汉族；身份证号码：  
其儿子曾（性别：男；民族：汉族；身份  
证号码）患有急性淋巴白血病，需要长期住院  
化疗，治疗费用巨大，曾长期在医院照护曾无固定收入。

特此证明。

龙山村民委员会

2025年12月25日





