

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: 2026537

申请日期: 2026年6月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2023.6.29			广东省恩平市	
	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		孙逸仙纪念医院	2026.4.25	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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	
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	梁	30	健康				
	母亲	梁	36	健康				
1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3-5万 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								
尊敬的基金会您好. 因小儿生病. 我们夫妻俩才刚出社会. 没有存款. 为了给小孩治病. 我们两夫妻已经出外务工. 挣钱给小孩治病. 留下老母亲在医院照顾小孩. 因治疗费太高. 故申请救助金. (国外可能接不到电话. 请多多联系) 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 梁 电话: 13927060000 2026 年 6 月 26 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 目前诊断急性淋巴细胞白血病(B, LR, CR, CNS2, BCR=ABL1CP190 融合基因, 经二代测序证实), 2026.5.1开始按SCCLL-ALL2023方案化疗. 预计治疗费用叁拾万. 医师签名: 孙逸仙 2026年7月15日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 五万 元 角 分) 负责人签名: 林伟明 2026年7月15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 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月27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: 梁 [模糊] 性别: 男 年龄: 3
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), 将作为梁 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 林 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月28日

项目救助款由



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:梁 性别:男 年龄:2岁9月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:梁	住院号	出生地:广东省江门市恩平市
性别:男	年龄:2岁9月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-04-25	出院日期:2026-05-16	
临床诊断:急性淋巴细胞性白血病((B)); 药物性肝损害; 化疗后骨髓抑制(IV度); 重度贫血; 血小板减少;		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2026-05-16	医生:	



证明

兹有我村村民梁 [REDACTED] 男，身份证号码：

[REDACTED] 配偶梁 [REDACTED] 女，身份证号码：

[REDACTED] 二人之子梁 [REDACTED] 男，身份证号码：

[REDACTED] 患儿确诊急性淋巴细胞白血病，目前在中山大学孙逸仙纪念医院接受治疗。患儿父母因儿子得病而境外务工，日常由爷爷奶奶陪同就医照料，二老无固定收入来源。孩子长期化疗产生高额医疗费用，家庭负担沉重，经济条件十分困难。

情况属实，特此证明。



