

# 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: 2026715

申请日期: 2026 年 8 月 18 日

|                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                                                                                      |                                               |                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                             | 姓名                                                                                    |                                                                                                                                                      | 性别                                            | 出生年月                                          | 身份证号码                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                                  | 古                                                                                     |                                                                                                                                                      | 男                                             | 2016年12月9日                                    |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 广东省梅州市五华县                  |                                                                  |
|                                                                                                  | 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                                                                                   |                                                                                                                                                      | 孙逸仙                                           | 2025年11月                                      | 50万-60万                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /                          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                                  | 购买保险情况及报销比例                                                                           |                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45. % | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 0. % | <input type="checkbox"/> 商业保险 0. % | <input type="checkbox"/> 其他保险 0. %                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 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 <u>2</u> 名;<br>2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万-5万</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车<br>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 |                            |                                                                  |
|                                                                                                  | 父亲                                                                                    | 古                                                                                                                                                    | 49                                            | 良好                                            |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
|                                                                                                  | 母亲                                                                                    | 刘                                                                                                                                                    | 44                                            | 良好                                            |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
| 申请救助理由（请详细描述）                                                                                    |                                                                                       | <p>医疗费用高. 家长无稳定收入. 难以维持高额费用</p> <p>孩子去年年底确诊为慢性粒细胞白血病(急髓变), 需要进行干细胞移植. 家中还有两个年幼的孩子, 夫妻两无固定职业。</p> <p>本人保证上述情况完全真实</p> <p>申请人签名: 刘 2026 年 8 月 18 日</p> |                                               |                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                             | 疾病诊断及治疗（费用）：<br>患儿于2025年11月确诊为“慢性粒细胞白血病(急髓变)”，拟行造血干细胞移植，预计治疗费用30.0万。                  |                                                                                                                                                      |                                               |                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
|                                                                                                  | 医师签名: 林仲吟 2026 年 8 月 8 日                                                              |                                                                                                                                                      |                                               |                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
|                                                                                                  | 医院意见（盖章）：<br>建议给予医疗救助金 ¥ 57,000.00 元（大写: 五万七千一百一拾元一角一分）<br>负责人签名: 林仲吟 2026 年 8 月 28 日 |                                                                                                                                                      |                                               |                                               |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见：<br>同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）<br>负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 14 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: 古 性别: 男 年龄: 9  
病种: 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), 将作为古 的治疗费用。

受助人 (监护人): 古

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月16日

项目救助款由



哥哥菩及基金会 资助。

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:古 性别:男 年龄:9岁7月 科室:儿科五区(层流室) 床号 住院号

|                                                   |                                                                                              |               |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 姓名:古                                              | 住院号                                                                                          | 出生地:广东省梅州市五华县 |
| 性别:男                                              | 年龄:9岁7月                                                                                      | 科室:儿科五区(层流室)  |
| 入院时间:2026-07-29                                   |                                                                                              | 出院日期:在院       |
| 临床诊断:慢性粒细胞白血病(急髓变,伴BCR/ABL1(P210)、CBFB/MYH11融合基因) |                                                                                              |               |
| 治疗意见:住院行造血干细胞移植术。                                 |                                                                                              |               |
| 记录日期:2026-08-20                                   | 医生:黄科<br> |               |

# 五华县水寨镇府前居委会

地址：水寨镇

联系电话

## 证 明

兹有患儿古 患有慢性粒细胞白血病，性别：男，  
年龄：9岁，是广东省五华县水寨镇 因治疗费  
用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，

现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：古 身份证号：

患儿母亲：钟 身份证号：

以上所述情况属实，特此证明。

五华县水寨镇府前社区居民居委会

2026年7月2日



