

# 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: 2023327

申请日期: 2023年5月24日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	叶彬	女	2023.4.20	[REDACTED]	福建
	参加医保情况	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无			报销比例: 20-25%
	所患疾病	治疗医院		预计医疗费用	

病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	叶金源	男	29	父女	6500元/月	[REDACTED]
	陈丽蓉	女	26	母女	0	[REDACTED]

申请救理由: 尊敬的基金负责人您好 我是叶金源 身份证号35062819951015457x 目前我的女儿属于早产儿 在医院治疗金额较大 家中父亲患有脑梗 母亲在家照顾 家庭条件一般 本人难以支付女儿治疗费用 需申请 本人保证上述情况完全真实。基金帮助。

申请人签名: 叶金源, 2023年5月21日

疾病诊断及治疗(费用): 极低体重儿: 早产儿 入院后以呼吸机辅助, 肠内外营养, 现无创通气(吸氧25%), 气管内营养。

医师签名: [REDACTED] 2023年5月24日

医院意见: 建议给予医疗救助金 20000 元。  
(大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: [REDACTED]

福建省第二人民医院 社会工作科 2023年5月24日

广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整

负责人(签名): [REDACTED] 2023年6月5日



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 重症病童救助款收据

病童姓名: 叶乐柠	性别: 女	年龄: 46日
病种: 新生儿呼吸窘迫综合征 治疗医院: 广东省第二人民医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为叶乐柠的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶金碧

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): 黄舒婷

电 话: [REDACTED]

经办人: 蔡叶

电 话: 13822279353

日 期: 2023年6月5日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书

证字第202305248220001号

姓名	叶乐柠	性别	女	年龄	D0	科别	儿科	住院号	634624
----	-----	----	---	----	----	----	----	-----	--------

### 病史及简要诊疗工作:

患者因“胎龄29+6周，生后呼吸急促35分钟。”于2023-04-20在我院住院治疗。

### 诊断意见:

1. 早产儿 2. 极低出生体重儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 新生儿败血症（临床型） 5. 母体阴道链球菌感染新生儿 6. 新生儿贫血 7. 混合性酸中毒 8. 新生儿高胆红素血症 9. 动脉导管未闭 10. 卵圆孔未闭 11. 新生儿暂时性甲状腺功能减退症 12. 支气管肺发育不良

处理意见：住院治疗。

广东省第二人民医院

医师:

2023年05月24日  
诊断证明  
专用章



# 证明

兹有我村升楼组村民叶金源、男，身份证号码：

██████████，户籍地址：福建省平和县大溪镇庄上村██████████

██████████。其妻陈丽蓉，女，身份证号码：██████████

该夫妇于 2023 年 04 月 20 日生育一女，新生儿因早产患有呼吸窘迫综合症，在广东省第二人民医院住院治疗；治疗费用大。由于家有一老患有脑梗需人照顾，经济收入少，生活困难，特此恳请有关单位给予帮助为盼。

以上情况属实，特此证明。





时间: 7.5

Sunny baby

