

### 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：2024037

申请日期：2024年1月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	李明朗	男	2023年12月	[REDACTED]	广东省揭西县			
	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	
	新生儿呼吸窘迫综合征	广东省第二人民医院	2023年12月21日	30万元	[REDACTED]	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别：	
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 60%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input type="checkbox"/> 无			
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__1__名； 2、家庭年收入（不含政府补贴）168000元 3、固定资产：__1__套房子；__1__辆摩托车；__1__辆小车 4、家庭困难类型： <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明； <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明； <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	李远勤	43	良好				[REDACTED]
	母亲	刘玉玲	37	良好				[REDACTED]
申请救助理由（请详细描述）	本人李远勤，身份证号[REDACTED]，广东省揭西县南山镇居民，家中共10口人，月收入14000元左右，现因本人两子患1.超低出生体重儿 2.超低出生体重儿 3.新生儿呼吸窘迫综合征，导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。  本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：李远勤 2024年1月24日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：超低出生体重儿，支气管肺发育不良 费用约30万。 医师签名：张志刚 2024年1月26日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥10000 元（大写：壹仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名：[REDACTED] 2024年1月24日							
广东公益恤孤助学促进会意见：  同意救助 ¥8000 元（大写：捌仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名：梁梅抄 2024年1月29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: 李明朗	性别: 男	年龄: 1月11天
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 8,000 元 (大写: 人民币捌仟元整), 将作为李明朗的治疗费用。

受助人 (监护人): 李迅勃

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 周嘉英

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其玥

电 话: 13822279353

日 期: 2024年2月4日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书

证字第202401224110003号

姓名	刘玉玲之 太子	性别	男	年龄	D0	科别	儿科	住院号	
----	------------	----	---	----	----	----	----	-----	--

### 病史及简要诊疗工作:

患者因“胎龄27+1周，生后呼吸急促58分钟。”于2023-12-21在我院住院治疗。

### 诊断意见:

1. 超低出生体重儿(750-999g) 2. 超未成熟儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 母亲伴有妊娠糖尿病的婴儿综合征 5. 双胎之大 6. 动脉导管未闭 7. 卵圆孔未闭 8. 新生儿血小板减少 9. 新生儿贫血 10. 腹股沟斜疝

### 处理意见:

住院治疗



2024年 01月 22日

# 证明

兹证明李远勤为广东省揭西县南山镇火炬村居民，身份证号

为[REDACTED]，家中共10口人，人员组成为父亲、兄夫妇及子女4人、

本人夫妇及子女5人，家庭主要收入来源为本人夫妇工资收入，月收入

14000元，现因家庭成员本人两子患1.超未成熟儿2.超低出生体重儿3.新生儿呼

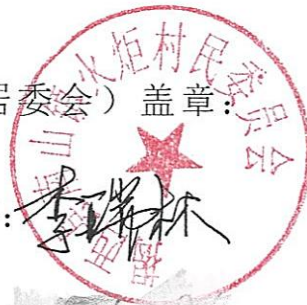
吸窘迫综合征病导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。

特此证明



村委会（居委会）盖章：

经办人签字：



联系电话：[REDACTED]

2024年1月16日

