

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: 2024330

申请日期: 2024年6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	
	黄		女	2017-05-29	[Redacted]		广东	
	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
	肾病综合症		广州市妇女儿童医疗中心	2019.09	15-18万	[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 checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<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		
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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3.4万</u> 元 3、固定资产: <u>农村</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input 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	黄	49	健康	[Redacted]			
	母亲	黄	35	健康	[Redacted]			
申请救助理由(请详细描述)	患儿小朋友目前确诊肾病综合症,病程较长,且本次复发病情复杂,仍需大量治疗,本身生活拮据,现因病欠大量债务,使生活陷入困境,特申请医疗救助,帮助渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 唐 [Redacted] 2024年06月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.肾病综合症 2.胸腔积液 3.肺不张 4.脐疝 5.气胸 治疗费用: 130000元 医师签名: 赵培智 2024年06月12日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年6月13日 							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 姜晓红 2024年7月1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: 黃	性别: 女	年龄: 7岁
病种: 肾病综合征	治疗医院: 广州妇女儿童医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐

电 话: 15

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周喜明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年 7月2日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 黄 性别: 女 年龄: 6岁 科别: 内四病区(儿) 床号: 住院号:

诊断: 1. 肾病综合征 2. 胸腔积液 3. 肺不张 4. 脐疝

医嘱及建议: 患儿于2024-04-22至2024-06-12在我院内四治疗。

医师签名: 赵培智 / 赵培智

日期: 2024年06月12日 10:00:53

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。





户主
照片
(核发单位加盖钢印)

核发单位: 增城区民政局
发证日期: 2023年08月01日
户主姓名: 黄
身份证号码: [Redacted]
编 号: [Redacted]

户主姓名	黄	性别	男
出生年月	1975年07月20日	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5
居住地址	广东省广州市		
户籍地址	广东省广州市		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	黄	户主	0
	唐	配偶	0
	刘	母亲	911
	黄	子女子女	0 0

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

医疗用电
请勿使用
谢谢配合



温馨提示 Warm Prompt
本院不允许擅自使用和储存药品，院外门诊
的药品请与管床护士联系。
The Hospital does not allow unauthorized use and storage of drugs. If there are drugs
brought outside the hospital or outpatient clinic, please contact the nurse management.



4x9=36	5x9=45	6x9=54	7x9=63	8x9=72	9x9=81
4x8=32	5x8=40	6x8=48	7x8=56	8x8=64	9x8=72
4x7=28	5x7=35	6x7=42	7x7=49	8x7=56	9x7=63
4x6=24	5x6=30	6x6=36	7x6=42	8x6=48	9x6=54

u ü ai ei
ie üe er an
ang eng ing ong

