

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: 2024412

申请日期: 2024年7月6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	卢	男	2020.2		广东省高州市		
	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
	脓毒症 颅内感染 重症肺炎	广东医科大学 附属妇女儿童 医院	2024.5.16	50万			<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 40%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	卢	40	一般	
	母亲	李	36	良好	

申请救助理由(请详细描述):
 病情比较严重, 治疗时间长, 医药费80%都是向亲戚朋友借的, 因为要照顾孩子, 目前夫妻没有经济来源, 妈妈一直是全职母亲, 目前已借23万元。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 李 2024年7月6日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 脓毒症 2. 颅内感染 3. 脑水肿 4. 肠坏死 5. 肾功能衰竭 预计费用: 50万元, 已交费40余万元。 医师签名: 陈皓 2024年7月11日
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 千 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批志愿者 2024年7月15日
	广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 千 零 拾 元 角 分)
 负责人签名: 何靖雯 2024年8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: 卢	性别: 男	年龄: 4
病种: 脓毒症, 颅内感染	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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), 将作为卢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年 8月6 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: 卢 性别:男 年龄:4岁 科别: ICU病区(儿) 床号 住院号:

诊断:

1. 脓毒血症 2. 休克 3. 颅内感染 4. 脑水肿 5. 呼吸衰竭 6. 肠坏死 7. 消化道出血 8. 急性肾功能不全 9. 重症肺炎 10. 心功能不全 11. 凝血功能障碍 12. 肝功能不全

医嘱及建议:

医师签名: 高燕/刘雪/李悦

日期: 2024-07-11 16:52:41

- 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。



证 明

广州妇女儿童医疗中心：

兹有我村委会 村民卢 男，
(身份证号：)，其
父母经济收入低，家庭生活困难。现卢
在贵院进行治疗，望贵院给予相关资助。

高州市沙田镇卢村村民委员会

2024年7月6日



