

### 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: 2024433

申请日期: 2024年7月29日

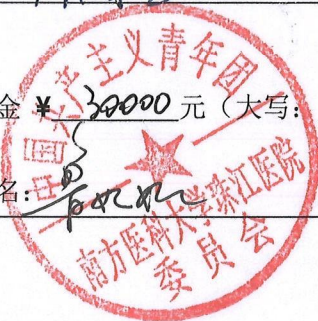
|             |                                       |  |  |  |                            |          |  |
|-------------|---------------------------------------|--|--|--|----------------------------|----------|--|
| 病童资料        | 姓名                                    | 性别                                     | 出生年月                                   | 身份证号码                                  | 户籍所在地                      |          |  |
|             | 周                                     | 男                                      | 2018年10月11日                            |  | 湖南省                        |          |  |
|             | 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   |
|             | 儿童尿毒症                                 | 南方医科<br>珠江医院                           | 2024年4月<br>25日                         | 40万-60万                                |                            |          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
| 购买保险情况及报销比例 | <input type="checkbox"/> 新农合<br>____% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>____% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>____% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>____% | <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 5 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 3-5 元<br>3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |
|        | 父亲 | 周  | 46   | 一般   |  |
|        | 母亲 | 张  | 43   | 一般   |  |

申请救助理由(请详细描述): 我是周的妈妈, 我儿子2024年4月25日在县医院住院检查肾损伤转到郴州儿童医院住院10天, 5月5日转湖南长沙湘雅二院医院确诊儿童尿毒症, 5月8号转到重症监护室做血液透析, 医生一直对我儿子下病危通知, 说终血透和做肾移植才能续命, 这个结果让我们一个普通的家庭承受不了的压力, 我们上有80岁的父母养他如奴, 去年在县医院确诊心脏病, 小妹也得了肾病综合症, 本人保证上述情况完全真实, 我们现在都在医院陪护孩子治疗, 我老公是靠摆地摊大儿子19年直脑癌去世

申请人签名: 张 2024年7月29日 养家的

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| 医院填写      | 疾病诊断及治疗(费用): | 患者慢性肾衰竭5月, 于本院住院治疗, 后续仍需肾移植治疗, 长期服用药物, 预计费用约需30万元, |
|           | 医师签名:        | 唐同宇 2024年7月29日                                     |
|           | 医院意见(盖章):    |  |
| 建议给予医疗救助金 |              | ¥30000元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)                       |
| 负责人签名:    |              | 2024年7月31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 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 马莹儿 2024年8月12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: 周   | 性别: 男            | 年龄: 5 |
| 病种: 儿童尿毒症 | 治疗医院: 南方医科大学珠江医院 |       |

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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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12日



南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：周

科室：器官移植中心病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：器官移植中心病区

入院日期：2024年07月08日

检查结果：

诊断意见：慢性肾脏病5期

处理意见：于我院住院治疗，后续需行肾移植术

医生签名：

廖国荣

日期：2024年07月29日

签发单位：（盖章）



农村最低生活保障金

领取证

湖南省民政厅制

户主姓名 周

性别 男

出生年月 2018年10月


家庭人口 8人

当地保障标准 238元/月

所在乡镇

身份证号码

家庭住址



年保障金额领取登记表

| 月份   | 保障人口 | 户领取金额 | 经办人 | 备注 |
|------|------|-------|-----|----|
| 第一季度 |      |       |     |    |
| 第二季度 |      |       |     |    |
| 第三季度 |      |       |     |    |
| 第四季度 |      |       |     |    |



