

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: 2024511

申请日期: 2024 年 9 月 4 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑	女	2014.4.05			江西	
	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
	ANCA相关性巨肾炎	广州医科大学附属第一医院	2024.8.26	50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3-5 万元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲 郑	35	健康		
	母亲 曾	33	健康		

申请救助理由(请详细描述):

患儿确诊 ANCA 相关性巨肾炎, 伴有肾损伤及肺损伤累及, 需长期行血液置换及 HD 等相关治疗, 病情严重且复杂, 治疗费用较高。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 曾 2024 年 9 月 4 日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	术前诊断: 1. ANCA 相关性巨肾炎 2. 急性肾衰竭 3. 肺出血 4. 呼吸衰竭 5. 肾性高血压 6. 贫血。费用: 50 万
	医师签名:	邓金堂 2024 年 9 月 3 日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)
	负责人签名:	何靖雯 2024 年 9 月 9 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: 高晓 2024 年 9 月 23 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: 郑 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 10
病种: 肾衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(儿童院区)

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), 将作为郑 [REDACTED] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾 [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月24日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 郑 性别: 女 年龄: 10岁 科别: PICU(增) 床号: 住院号:

诊断: 1. ANCA相关性肾炎 2. 急性肾衰竭 3. 肺出血 4. 呼吸衰竭 5. 肾性高血压

医嘱及建议: 患儿于2024.8.14至今于我院PICU(增) 住院治疗

医师签名: 辛美伟
日期: 2024-08-17 16:43:46



- 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

兹有我村[]村民郑[]女，身份证号：[]因突发急性肾衰竭，现在医院住院治疗，预计后续治疗费用巨大，其家庭情况：祖父郑[]耳聋二级残疾、肢体二级残疾，无劳动能力；祖母吴[]年老体弱，无劳动能力；妹妹郑[]在读小学，现由其母亲曾[]在家照顾；家庭收入仅靠其父亲郑[]一人打工维持。此家庭实属困难，恳请有关部门予以关照为盼，情况属实。

特此证明

古陂镇天光村村民委员会

2024年8月29日



