

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: 2024528

申请日期: 2024 年 9 月 5 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2013.12.14			江西省赣州市	
	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
	肾病综合症		广州市儿童医院	2018年	50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60-70%	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2-3 万 元 固定资产: 1 套房子; 1 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	张	45	体健		
	母亲	潘	39	体健		

申请救助理由（请详细描述）	家庭困难, 父亲有残疾证。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2024 年 9 月 5 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	肾病综合症, 激素治疗(强的松/甲泼尼龙/口服甲泼尼龙) 预计50万. 他克莫司口服等
	医师签名:	高 2024 年 09 月 05 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: 何瑞霞 慈善基金审批专用章 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 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: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 10
病种: 肾病综合征 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心,
低蛋白血症

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), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [redacted]

电 话: [redacted]

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9月25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：张 性别：男 年龄：10岁 科别：内四病区（儿） 床号 住院号：

诊 断：

肾病综合征

医嘱及建议：患儿于2024.09.02至今在我院内四科室住院治疗。

医师签名：李颖杰 柳 /

日 期：2024-09-06 09:42:25

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。



家庭情况说明

兹有患儿 张 []，患 肾病综合征 疾病，性别 男，年龄 10 岁，是 江西省（区、市） 赣州 市（州） [] 县（区） [] 乡镇（街道） [] 村民小组（居委会），（父亲：张 [] 母亲：潘 []）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：张 [] 身份证号： []

患儿母亲：潘 [] 身份证号： []

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



