

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: 2024530

申请日期: 2024 年 8 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2024.8.15			广西横州市	
	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
	早产儿		广东省第二人民医院	2024.8.15	15万-20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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;		
	父亲	黄	男	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元		
	母亲	韦	女	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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		
申请救助理由（请详细描述） 本人黄，广西，今年40岁，身份证号，家里共有6人，家庭主要收入来源为：靠打散工维持生活，月收入3400元，妻子没有工作，母亲有一级残疾，现在因为小儿黄27.16早产预计治疗费用15万-20万，家里无力承担医疗费用，恳求给予帮助。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：黄 2024 年 8 月 30 日 谢谢。								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：早产儿，一级残疾，前期已在贵院治疗，后续还需拾万元治疗费用以上。 医师签名： 2024 年 9 月 4 日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写：壹万零仟零拾零元零角零分） 负责人签名： 2024 年 9 月 6 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写：贰万伍仟佰拾元一角一分） 负责人签名： 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：黃

性别：男

年龄：1个月

病种：早产儿

治疗医院：广东省第二人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元整），将作为黄 的治疗费用。

受助人（监护人）：黃

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：

周其明

电 话：

13822279353

日 期：

2024年9月26日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第202408214110001号

姓名	韦子之	性别	男	年龄	D0	科别	儿科	住院号	7
----	-----	----	---	----	----	----	----	-----	---

病史及简要诊疗工作：

患者因“胎龄27+6周，生后呼吸急促25分钟。”于2024-08-15在我院住院治疗。

诊断意见：

1. 超未成熟儿 2. 超低出生体重儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 凝血功能异常 5. 新生儿感染
6. 卵圆孔未闭 7. 动脉导管未闭

处理意见：

住院治疗。

广东省第二人民医院

医师：

2024年 08月 21日



证 明

户主：黄[REDACTED]，男，身份证号[REDACTED] 家庭住址：[REDACTED]。该户属于横州市[REDACTED]镇建档
立卡 2018 年脱贫户，享受相关扶贫政策。

特此证明！

横州市南乡镇人民政府

经办人：[REDACTED]

联系电话：[REDACTED]

2024 年 8 月 21 日

