

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:

2024543

申请日期: 2024 年 9 月 9 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	袁		男	2013年4月			湖南株洲	
	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
	肾脏综合征 尿毒症、肾移植		中山大学附 属第一医院	2015年12月	30-55万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别:
购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 20-30 %	☐ 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 <u>2</u> 名;			
	父亲 袁	44	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>12万</u> 元			
	母亲 周	42	正常		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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） 患心脏病，早产一个月，出生时面横裂，6月龄进行手术修复，11月龄时因川崎病导致冠 状动脉瘤，自此持续服药治疗，2岁7个月时确诊难治性肾脏综合征，后持续服 药治疗过程中多次复发，2022年11月开始血液透析，每周透析3-4次，2024年9月于附一院 进行肾移植手术。患儿有姐姐上初三，主要收入来源靠父亲工资，母亲主要照顾患儿生活 及治疗，家庭经济困难，已负债累累，恳请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 袁 2024 年 9 月 9 日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 尿毒症、肾移植手术 肾移植手术费用及术后治疗所需费用30-50万。 医师签名: 2024 年 9 月 12 日							
	医院意见（盖章）: 情况属实，给予救助。 建议给予医疗救助金 <u>¥30000.00</u> 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 9 月 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥25,000.00</u> 元（大写: 贰 万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2024 年 10 月 8 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: 袁 [redacted] 性别: 男 年龄: 11 岁
病种: 肾病综合征/肾移植 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为袁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 袁 [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10月9日



疾病证明书

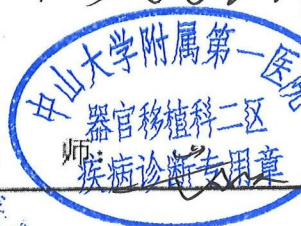
姓名	袁	性别	男	年龄	11	籍贯	湖南省株洲市	职务	
住址	广东省深圳市								
入院日期	2024年9月7日			出院日期	20 年 月				

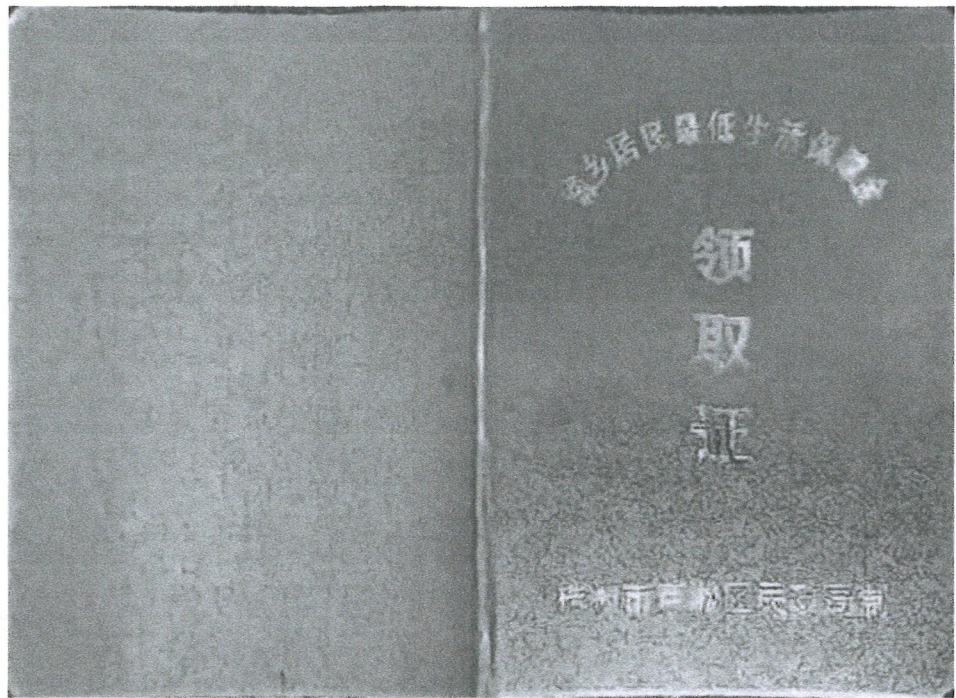
诊断：慢性肾功能不全尿毒症期

住院经过：入院完善相关检查，于2024-9-7在全麻下
 行异体肾移植术，术后常规抗感染，抗排斥
 及对症支持治疗。

出院意见：

1. 目前住院中，遵医嘱；
2. 长期规律抗排斥治疗；
3. 出院后定期复查，不适随诊。





户主姓名 袁
性别 男
出生年月 2013.4.30
家庭人口 4人
当地保障标准 650元/月
工作单位 无
身份证号码 [REDACTED]
家庭住址 [REDACTED]

2023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
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8	1	490	袁	
9	1	490		
10				
11				
12				

3



株洲市芦淞区民政局制

证书编号: _____

经审核,你家庭符合城市(农村)居民最低生活保障有关法律法规规定,同意享受最低生活保障待遇,特发此证。

