

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: 2025052

申请日期: 2025年1月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	高		男	2016.1.21			陕西
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	食管狭窄、先天性肺动脉瓣关闭不全		广州市妇女儿童医疗中心	2024.10.21	360000元		
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 4 名;	
	父亲	高	38	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 11000 元	
申请救助理由(请详细描述)	母亲	吴	36	良好		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 2辆1辆小车	
	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						
医院填写	家庭人口多, 兄妹4人, 3人上学, 妹妹1岁3月, 爸爸1人打工上班, 妈妈照顾兄妹4人没工作, 爷爷2021年患肺癌去世, 在汕头肿瘤医院化疗8期, 现在老家中药调理, 奶奶身体差高血压, 现在汕头附属医院住院治疗. 爸爸一人一人在医院照顾3月, 没工作, 没收入 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 高 2025年1月6日						
	疾病诊断及治疗(费用): 诊断为1.食管狭窄. 2.重症肺炎-能量营养不良. 3.肺炎. 4.先天性肺动脉瓣关闭不全, 已花费265000元, 预计治疗费用还需100000元. 医师签名: 杨文敏 2025年1月6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 慈善基金审批 2025年1月9日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 13,000.00 元 (大写: 壹万叁仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 杨文敏 2025年1月22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: 高 [redacted] 性别: 男 年龄: 8
病种: 食管狭窄, 重症蛋白血症, 肝硬化, 先天性肠旋转不良 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000 元 (大写: 人民币壹万叁仟元整), 将作为高 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 文 [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: 2017年1月23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: 高 性别: 男 年龄: 8岁 科别: 儿-PICU2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 食管狭窄 2. 重度蛋白质-能量营养不良 3. 肺炎 4. 先天性肠旋转不良

医嘱及建议: 继续住院治疗。

医师签名: 李哈

日期: 2025-01-06 15:17:27

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

兹有患儿高[REDACTED]，患食管狭窄疾病，性别男，年龄8岁，是陕西省商洛市[REDACTED]组人，（父亲：高[REDACTED]、母亲：吴[REDACTED]）。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：高[REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：吴[REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

情况属实，特此证明。



