

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: 2025130

申请日期: 2025年2月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2024.11.12			陈普宁	
	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
	风心病、贫血症		广州医科大学附属妇女儿童医院	2025.1.25	300000			☐ 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 %	☐ 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 3 名;		
	王		30	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） 8w 元		
	陈		29	正常		3、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		
申请救助理由（请详细描述）		本人保证上述情况完全真实。 本人需抚养三名小孩，大的刚上幼儿园中班，老二每月还需奶粉、尿片。因小孩病重现经济困难，负担大。现只有爸爸有工作，小孩妈妈因照顾小孩没办法工作。小孩已跟亲戚借款5w元，还欠医院6w多医药费。 申请人签名: 王 2025年2月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 风心病、贫血症. 2. 肝衰竭. 3. 腹股沟疝. 4. 肺炎 费用: 207000元. 预计30万							
	医师签名: 李真 2025年2月26日							
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 何靖度 3月3日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 孙钧 2025年3月12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: 王	性别: 男	年龄: 4个月
病种: 先天性酸血症 治疗医院: 广州妇女儿童医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

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: 2015年3月18日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 王 性别: 男 年龄: 2月 科别: 珠-PICU2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 瓜氨酸血症(II型 (SLC25A13基因变异)) 2. 肝衰竭 3. 腹腔积液 4. 肺炎 5. 副流感病毒感染 6. 巨细胞病毒病 7. 呼吸衰竭 8. 毛细血管渗漏综合征 9. 休克 10. 听觉异常, 其他特指的(双侧听力损伤) 11. 房间隔缺损

医嘱及建议: 患儿于2025-01-18至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 林涌涛/ 何多祥 / 幸莫伟

日期: 2025-02-26 15:59:55

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 王，患 先天性白血病 疾病，性别 男，年龄 3个月 岁，是 广东 省（区、市）揭阳市（州）普宁 县（区）流沙 镇（街道）流沙 村民小组（居委会），（父亲：王，母亲：陈）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：王 身份证号：

患儿母亲：陈 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2025 年 2 月 27 日

