

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: 2025287

申请日期: 2025年5月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林 (男)	女	2022年5月			广东省高州市	
	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
	1. 肠扭转坏死 2. 短肠综合征	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2025.04.18	303元左右			☐ 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 <u>1</u> 名;		
	父亲 陈	55岁	智力二三级残疾		2. 家庭年收入 (不含政府补贴) <u>60000</u> 元		
	母亲 林	40岁	身体健康		3. 固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
申请救助理由 (请详细描述)	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						
	病童林 (男) 女, 3岁, 智力二三级残疾, 无劳动能力, 母亲林 (男) 于2022年2月6日死亡, 奶奶87岁高龄老人, 无劳动能力; 其哥哥陈 (男) 20岁, 在校读书, 病童2022年5月出生后患有先天性肠扭转坏死等病, 经多家医院治疗无果; 2022年5月8日由其亲戚陈 (男) 来高州治疗, 由于身体休养, 4月19日转来本院, 属于重症病, 目前住院。2025年4月18日, 因肠扭转坏死, 手术费用13.18万元, 已由陈 (男) 夫妻自费了10.9万元; 由于该病后期花费大且时间长, 特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 (男) 2025年5月22日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 1. 肠扭转坏死 2. 短肠综合征 手术及术后支持治疗, 后续需要二次手术治疗 预计总费用303元左右						
	医师签名: 唐文钟 2025年5月22日						
	医院意见 (盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥ <u>2000</u> 元 (大写: 贰仟元 拾元 角 分)							
负责人签名: 王学彬 2025年5月27日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ <u>2500.00</u> 元 (大写: 贰仟伍佰元 拾元 角 分)							
负责人签名: 林 (男) 2025年6月9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: 陈 (林)	性别: 女	年龄: 3 岁
病种: 肠梗阻伴坏死	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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

受助人 (监护人): 陈 (林)

电 话: (林)

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 6 月 11 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 陈 性别: 女 年龄: 2岁11 科别: 增-新生儿外科1组 床号 住院号

诊 断: 1. 肠扭转伴坏死 2. 短肠综合征

医嘱及建议:

患儿因“1. 肠扭转伴坏死 2. 短肠综合征”在我院住院治疗、尚未出院, 后续仍需二期手术治疗, 特此证明。

医师签名: 王哲/唐文锋

日 期: 2025/5/23 15:07:56

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

兹有广东省高州市长坡镇西冲村林（别称陈），女，于2022年5月4日出生，身份证号码：；其父亲陈，身份证号码：，低保户，智力二级残疾，无劳力；其母亲林，身份证号码：因疾病于2023年2月6日死亡；其奶奶李，身份证号码：，高龄老人，无劳力；其哥哥陈，身份证号码：，在校读书，系事实无人抚养儿童；因林（别称陈）被陈亲戚（陈，身份证号码：；邹，身份证号码：）抱养治病等特殊原因，未及时入户（2025年5月21日入户），未购买相关医疗保险，情况属实。

特此证明

高州市长坡镇西冲村民委员会

2025年5月21日

