

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: 2025304

申请日期: 2025年6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	
	李		男	2021.6.28			广西	
	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
	线粒体脑肌病		广州市妇女儿童医疗中心	2025.4	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 50%	☐ 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 名: 4-5万元		
	父亲	/	/	/	/	2、家庭年收入(不含政府补贴) 4-5万元		
	母亲	陈	40	健康		3、固定资产: 0套房子; 0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)		我是患儿妈妈,可怜天下父母心,看着我可爱的儿子在ICU里渡劫,父亲又不让他放弃治疗,因家庭困难故此向基金会申请救助金。现只靠外公养老钱和亲戚借的钱交费也不知道还需要多少钱。申请救助金希望能减轻一些家庭负担。						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈		2025年6月6日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“线粒体脑肌病、重症肺炎、呼吸衰竭”。目前在ICU呼吸机通气、抗感染和鸡尾酒治疗中。后期预计仍需在ICU长时间机械通气。治疗费用在20万以上。							
	医师签名: 洪建 2025年6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 慈善基金审批专用章 2025年6月9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 佰 零 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 孙锦萍 2025年6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: 李	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 线粒体脑肌肉病	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为李 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 6 月 24 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: 李 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 儿-PICU1组 床号 住院号

诊断: 1. 线粒体脑肌病 2. 脓毒血症 3. 呼吸衰竭 4. 重症肺炎 5. 蚕豆病

医嘱及建议: 患儿于2025-05-02至今在本院住院治疗。

医师签名: 毛碧涛

日期: 2025/6/3 15:20:53

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

兹有辖区居民陈 身份证号:

户籍地为: 广西壮族自治区梧州市万秀区

。其儿子李 (性别: 男, 年龄: 4 岁), 诊断患线粒体脑肌疾病。

因李 治疗费用高昂, 且病情需长期照料, 陈 作为母亲需全程陪护, 无法外出工作, 无经济收入, 无法负担患儿医疗开支。现陈 向基金会申请为患儿的治疗提供经济资助, 以缓解家庭经济压力, 助力孩子接受持续治疗。

经核实, 上述情况属实, 特此证明。

桂北社区居民委员会 (盖章)

2025 年 6 月 3 日

