

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: 2015344

申请日期: 2015年6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	
	李		男	2016.9			广东清远	
	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
	肺炎、重症肺炎		广州儿童	2.18	10万元			☐ 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 1 名;		
	父亲	李	35	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5.4万元		
	母亲	毛	35	良好		3、固定资产: 2套房子; 1辆摩托车; 无辆小车		
						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)		该儿童因突发重大疾病,在广州妇女儿童医疗中心住院治疗,已有4个月。治疗费用较高,家庭难以承担,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 毛 2015年6月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 脑病 2. 癫痫持续状态 抗癫痫药未按时服。预计10万元。							
	医师签名: 余学云 2015年06月15日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2015年6月26日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万 零 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2015年7月								



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: 8
病种: 脑炎	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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为李 的治疗费用。

受助人（监护人）: 李

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: 18924052214

日 期: 2015 年 7 月 15 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：8岁 科别：儿-PICU2组 床号： 住院号：

诊断：1. 脓毒性休克 2. 脑病（脓毒症相关性脑病） 3. 多脏器损伤（肺、肠、脑、肝功能） 4. 重症肺炎（呼吸衰竭） 5. 癫痫持续状态

医嘱及建议：患儿2025.03.29至2025.05.26于我院PICU住院治疗，目前仍需有创呼吸机辅助通气治疗。

医师签名：钟倩 / 钟倩

日期：2025年05月26日 10:00



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 李，患 先天性惊厥 疾病，性别 男，年龄 8 岁，是 广东 省（区、市）清远 市（州）清城 县（区）横荷 乡镇（街道）荷兴社区 村民小组（居委会），（父亲：李 母亲：王）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入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： 身份证号：

患儿母亲：王 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

2025年 6月 12日



