

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: 2025368

申请日期: 2025年7月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		男	2022.10.26			广东、梅州
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	先天无神经节性巨结肠		广东省妇幼保健院 (增城院区)	2022.12.17	200000		
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		是否残疾: ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:	
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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>45800</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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	
	父亲	陈	35	良好			
	母亲	赖	34	良好			
申请救助理由(请详细描述)		患者陈自出生满月便确诊了,至今住院治疗已两年六个月,经历五次手术,术后恢复一般无法脱离静脉营养支持。为治疗孩子家里已经找遍亲朋好友,到处借钱,如今已是负债累累,实在无太多能承担高昂的治疗费用。这两年多已经花了百万,现如今实在是无法承担,特此向促进会申请援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年7月7日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		患儿陈 诊断先天性长段型巨结肠、短肠综合征等,至2025年7月8日仍于我院住院治疗,患儿仍需长期静脉营养支持治疗,预估总费用200000元(贰拾万元整)。				
	医师签名:		谢 2025年7月8日				
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 零 佰 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025年7月10日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 五 千 零 佰 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 2025年 秘书处							



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 性别: 男 年龄: 2岁8个月
病种: 先天无神经节性巨结肠 治疗医院: 广东省妇女儿童医疗中心(增城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为陈 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: 2015 年 7 月 22 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: 男 年龄: 2岁3月 科别: 增-新生儿外科1组 床号 住院号

诊 断: 手术后回肠瘘、腹壁肠瘘、结肠造口状态、先天性长段型巨结肠

医嘱及建议: 患儿于2025-02-21至我院住院治疗, 尚未出院, 特此证明。

医师签名: 王哲 / 王哲 /

日 期: 2025-06-19 15:38:05

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

兹有我村村民陈[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED] 其母亲：赖[REDACTED] 女，身份证号码：
[REDACTED] 其父亲：陈[REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED] 其父、母亲是我村失地农民，无固定
职业，靠打零工维持家人生活。

特此证明

梅江区三角镇大垌村村民委员会

2025 年 7 月 7 日

经办人：罗[REDACTED]

电话：[REDACTED]

