

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: 2025384

申请日期: 2025年7月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	何		男	2018.04.01			湖南省道县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	轻度型脑瘫		广州医科大学附属儿童医院	2025年7月	4万		
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 4 名;	
	父亲	/	/	/	/	2、家庭年收入(不含政府补贴) 3000 元	
申请救助理由(请详细描述)	母亲	何	39	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车	
	我是单亲妈妈需要抚养四个小孩现在确诊的是最小的儿因为家里没有钱没有买医保孩子现在需要手术实在承担不了全部费用需要申请爱心人士救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025年7月18日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 轻度型脑瘫。人民币3.2万左右。						
	医师签名: 何 2025年7月23日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥15000 元(大写: 壹万伍仟元整) 负责人签名: 何靖雯 2025年7月24日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟零元整) 负责人签名: 何 2025年7月28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: 何	性别: 男	年龄: 7岁
病种: 痉挛型脑性瘫痪	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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为何 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何

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29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：何 性别：男 年龄：7岁 科别：增-神经外科1组 床号 住院号

诊 断：1. 痉挛型脑性瘫痪

医嘱及建议：

患儿因“1. 痉挛型脑性瘫痪”自2025-07-16至今于我院住院治疗，特此证明！

医师签名：宋烨/ /黄曙杰

日 期：2025-07-23 17:59:07

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。



道县营江街道办事处下汶村村民委员会

证明

兹有我村 村民何 女士

于2018年4月旧生育次子何

因当时家庭经济十分困难、生活确实困难、生育时没有到正规医院
所以没有办身份证属实、故年已高时常病家庭、何 常年卧床、
生活不能自理、一直以来生活压力更加沉重、该家庭经济困难是
事实，以上情况属实特此证明。

此

证

道县营江街道办事处下汶村村委会



