

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: 2025390

申请日期: 2025 年 7 月 2 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曾		男	2025.6.11			陈肇庆四会	
	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
	早产儿		广东省第二人民医院	2025.6.11	16万			☐ 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 4 名;		
	父亲	曾	40	高血压		2、家庭年收入（不含政府补贴） 3万 元		
	母亲	刘	40	乙肝小三阳		3、固定资产: 一套房子; 一辆摩托车; 一辆小车		
						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）		家庭总成员8个人,第2级妈妈3个人无收入,姐姐2个在上大学,仅靠爸1个人收入维持生活,妈从2021年查出2期乳腺癌后治疗至今仍需长期吃药,2025年6月11日妈孕产期突然早产,孩子早产后需需大量资金治疗 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025 年 7 月 2 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 毛细血管瘤漏综合征 2. 新生儿脓毒性休克 3. 出生窒息 4. 新生儿缺氧缺血性脑病 5. 早产 6. 极低出生体重儿 7. 新生儿呼吸窘迫综合征 8. 双胞胎小 9. 肾功能损害 10. 颅内出血 治疗费用预估: 20万。 医师签名: 张 2025 年 7 月 7 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写: 壹万零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 张 2025 年 7 月 15 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 邓 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: 雷	性别: 男	年龄: 1个月7天
病种: 早产儿	治疗医院: 广东省第二人民医院	

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), 将作为雷 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周慧明

电 话: 18924552214

日 期: 2015年7月28日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第

号

姓名	雷	性别	男	年龄	D1	科别	新生儿病区	住院号
----	---	----	---	----	----	----	-------	-----

病史及简要诊疗工作:

患者因“胎龄29+5周，窒息复苏后机械通气1+天。”于2025-06-13在我院住院治疗。

诊断意见:

1. 毛细血管渗漏综合征 2. 新生儿脓毒性休克 3. 出生窒息 4. 新生儿缺氧缺血性脑病 5. 早产儿
6. 极低出生体重儿 7. 新生儿呼吸窘迫综合征 8. 双胎之小 9. 血小板减少 10. 新生儿低蛋白血症
11. 新生儿贫血 12. 肾功能损害 13. 新生儿高胆红素血症 14. 颅内出血 15. 脑室轻度扩张 16. 卵圆
孔未闭 17. 动脉导管未闭 18. 肺动脉高压

处理意见: 住院治疗。

广东省第二人民医院



证明

兹证明 曾 为 祁东 县 粮市 村居民，身份证号
为 ，家中共 8 口人，人员组成为 爸爸、妈妈、妻子、三个女儿
一个儿子
家庭主要收入来源为 曾 一个人务工加工收入微薄，入不敷出
现因家庭成员 曾 患 早产儿 病导致家庭经
济困难，不能承担医疗费用。

特此证明

村委会（居委会）盖章：

经办人签字：谢

联系电话：

2025年 7 月 11 日

