

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: 2025474

申请日期: 2025年8月15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		女	2011年1月29日	[模糊]		广东省信宜市	
	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		广州市儿童医院	2025.2.8	30万元以上			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30%	☐ 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			
	父亲	黄	55	健康	[模糊]			
	母亲	李	57	健康	/			
1、抚养 18 岁以下儿童 7 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 23 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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）		需长期治疗 因家庭经济困难，无稳定收入，家庭成员无劳动能力，家中存7个孩子，无力承担医药费用，特申请医疗救助，望予以帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2025年8月15日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 间质性肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 慢性肾炎 (100元) 4. 中央型脑隔缺损 5. 急性性胆管炎 (11) 6. 肠炎 7. 高血压，预计费用大于30万元 医师签名: 林永毅 2025年8月15日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2025年8月9日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 拾 元 零 角 分） 负责人签名: [模糊] 2025年8月8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:	黃	性别:	女	年龄:	14
病种:	紅斑狼瘡 蚕豆病 肺炎				
治疗医院:	广州市妇女儿童医疗中心				

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），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林佐白

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月10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: 黄 性别: 女 年龄: 14岁 科别: 儿-PICU2组 床号 住院号

诊断:

1. 间质性肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 狼疮性肾炎(IV+V型) 4. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 5. 创伤性肛括约肌裂伤(L1) 6. 蚕豆病 7. 高乳酸血症

医嘱及建议:

患儿2025-07-17至今在我院住院治疗。

医师签名: 林永敏 / 林永敏

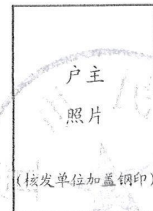
日期: 2025年08月15日 16:29



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。



核发单位: 信宜市民政局

发证日期: 2024.7.14

户主姓名: 董

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: _____

户主姓名	董	性别	男
出生年月	1971.01	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	9
居住地址	洪冠镇		
户籍地址	广东省信宜市洪冠镇		
低保资金 发放账号			
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	董	子女	
	董	子女	
	董	子女	
	董	子女	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	董	子女	
	董	子女	
	董	夫妻	
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

