

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: 202526

申请日期: 2025年9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	
	陈	男	2008年2月9日			广东省佛山市南海区	
	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
	系统性红斑狼疮	孙逸仙纪念医院	2018年5月	5-10万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	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
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 6万 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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	50	优			
母亲	陈	43	优				
申请救助理由(请详细描述)	本人陈 广东省佛山市南海区, 自2018年5月份确诊系统性红斑狼疮重症, 家境贫困, 无法支付较大的医疗费用, 父亲每月工资5千左右, 母亲失业在家, 特请贵单位给予扶助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 9 月 25 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 狼疮性肾炎 2. 慢性肾脏病 3. 消化道出血 治疗总费用 5-10万 医师签名: 孙逸仙 2025 年 9 月 26 日 医院意见(盖章): 该患儿在本院门诊就诊, 此次发病较重, 收治入院。 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2025 年 9 月 28 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 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2025 年 10 月 15 日						
	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：17
病种：系统性红斑狼疮 治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院

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： 林信超

电 话：18929052214

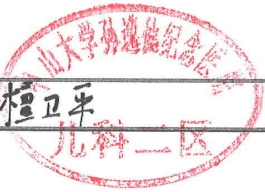
日 期：2025年10月14日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:陈 性别:男 年龄:17岁 科室:儿科二区(综合专科) 床号 住院号

姓名: 陈	住院号	出生地: 广东省揭阳市普宁县(区)
性别: 男	年龄: 17岁	科室: 儿科二区(综合专科)
入院日期: 2025-09-11 11:02		
临床诊断: 1、系统性红斑狼疮 狼疮性肾炎 狼疮性血液系统损害 ; 2、慢性肾脏病; 3. 继发性高血压; 4、高钾血症; 5、低钙血症; 6、凝血功能紊乱; 7、低白蛋白血症		
治疗意见: 需继续住院治疗。		
记录日期: 2025-09-25		医生: 檀卫平



普宁市占陇镇西楼村民委员会

地址:

电话

证明

兹有我村村民陈 男，身份证号码 由于该村民身患红斑狼疮重症，家境贫困，无法支付较大的医疗费用，特请贵单位给予扶助，情况属实。

特此证明



