

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: 2025636

申请日期: 2025年11月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	罗	女	2024.3.30		广东		
	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
	呼吸道合胞病毒感染、先天性心脏病	广州市妇女儿童医疗中心 (11)	2025.11.17	203			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	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	
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 2 名;		
	父亲 罗	34	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元		
	母亲 林	32	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小汽车		
					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)	因重症肺炎和先天性心脏病在广州妇女儿童医疗中心ICU治疗,高昂的治疗费用让我们这个普通家庭难以承受。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 罗 11月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.先天性心脏畸形, 费用预估20万						
	医师签名: 杨 2025年11月24日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 拾 元 角 分)				负责人签名: 何靖雯 2025年11月25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 拾 元 零 分)							
负责人签名: 杨 2025年12月12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: 罗 性别: 女 年龄: 1岁8个月
病种: 先天性心脏病 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 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18920052214

日 期: 2025 年 12 月 2 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: 罗 性别: 女 年龄: 1岁7月 科别: 儿-PICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 先天性心脏畸形

医嘱及建议: 患儿于2025-11-17至今在我院PICU住院治疗, 特此证明。

医师签名: 林 / 梁 /

日期: 2025/11/24 12:17:08

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。



家庭情况说明

兹有患儿罗[]患有先天性心脏疾病,性别,女,年龄 1 岁,是广东省河源市连平县陂头镇大华村[]村民,父亲:罗[]母亲:林[]的女儿罗[]因治疗费用较高,家庭收入较低,难以承担患儿全部医疗费用,现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助.情况属实。

特此证明

患儿父亲 罗[]身份证号 []

患儿母亲 林[]身份证号 []

连平县陂头镇大华村民委员会

2025年11月22日



