

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: 2025655

申请日期: 2025 年 11 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	方		女	2020年12月27日			广东省普宁市	
	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
	溶血尿毒症		广州市妇女儿童医疗中心	2025年11月22号	10万			☐ 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 0 %	☐ 商业保险 0 %	☐ 其他保险 0 %	☐ 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 3 名;		
	父亲	方	30	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） 48000 元		
	母亲	方	31	正常		3、固定资产: 0 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）		近期,我家中发生了一系列不幸的事件,导致家庭经济状况急剧恶化,生活陷入困境。具体原因,主要有以下方面的原因:疾病用难,医疗费用高昂,给家庭带来了沉重的经济负担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 方 2025 年 11 月 28 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 急性肾衰竭 2. 溶血-尿毒症综合征 治疗: 规律血液透析治疗。 医师签名: 王元林 2025 年 11 月 28 日 预计费用 10 万元							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 王元林 2025 年 12 月 1 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 角 零 分） 负责人签名: 杨锦峰 2025 年 12 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: 方	性别: 女	年龄: 4
病种: 溶血尿毒症	治疗医院: 广州妇女儿童医院	

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), 将作为方 的治疗费用。

受助人 (监护人): 方

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林晓红

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月9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: 方 性别: 女 年龄: 4岁 科别: 儿-肾内科2组 床号 住院号

诊 断:

1. 急性肾衰竭 2. 溶血-尿毒症综合征, 待查 3. 急性气管炎 4. 感染性发热 5. 中度贫血 6. 胃肠炎

医嘱及建议: 患儿于2025. 11. 22至今在我院住院治疗。

医师签名: 张凯涛 / 张凯涛

日 期: 2025-11-28 16:15:03



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 方，患 溶血尿毒症 疾病，性别 女，年龄 4 岁，是 广东 省（区、市）揭阳市（州）普宁 县（区）洪塘 乡镇（街道）陈洋 村民小组（居委会），（父亲 方 母亲 李 村民（居民）的儿子 / 女儿。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。

患儿父亲：方 身份证号：_____

患儿母亲：李 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____

2025 年 11 月 26 日



