

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: 2026079

申请日期 2026 年 1 月 12 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	赵		男	2025.4.23			湖南郴州	
	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, 支气管发育不良, 肺动脉高压		广州市妇女儿童医疗中心	2025.4.23	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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	赵	28	健康				
	母亲	李	29	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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): 2024年8月夫妻二人因网贷不慎违规被 罚款加赔偿金共计55万元, 此事直接导致夫妻二人无法正常工作, 宝宝出生后丈夫从事零星短工, 我因怀孕卧床无业, 早产宝宝出生快9个月, 刚刚脱离有创呼吸机, 后期预计住院时间长, 目前医疗费用巨大, 家庭负债已累计70万元, 无力承担后续医疗费, 恳请基金会能援救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026 年 1 月 12 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 支气管发育不良, 肺动脉, 支气管软化, 慢性状态, 费用 10万左右。 医师签名: 何剑贤 2026 年 1 月 13 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 1 月 20 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙锦华 2026 年 2 月 2 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: 赵	性别: 男	年龄: 9月
病种: 支气管肺发育不良重症 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为赵 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月3日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 赵 性别: 男 年龄: 6月 科别: 珠-NICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 起源于围生期的支气管肺发育不良 2. 肺动脉高压 3. 支气管软化（轻度） 4. 未成熟儿（孕期等于或大于24整周以上, 但小于28整周） 5. 极低出生体重 6. 胃造口状态 7. 先天性食管裂孔疝 8. 早产儿视网膜病 9. 睾丸鞘膜积液

医嘱及建议: 患儿目前因病情危重, 于我院珠-NICU2组住院治疗。

医师签名: 周利波 /

日期: 2025年12月18日 11:50:00

- 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

兹有患儿赵，身份证号 ，患早产疾病，性别男，年龄 ，是湖南省桂阳县流峰镇

（父亲：赵 母亲：李 居民的儿子。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：赵 身份证号码：

患儿母亲：李 身份证号码：

情况属实，特此证明。

社区/村委会盖章：



街道/乡/镇盖章：



经办人及联系电话：

谢

情况属实
侯

25.12.7

日期：2015年12月7日

日期：2015年12月7日

