

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: 202608

申请日期: 2026年1月19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	苏	男	2020年11月16日		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
	溺水	广州市儿童医院	2025.12.11	20万			☐ 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 %	☐ 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 苏	33	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 约6万 元		
	母亲 梁	33	/	/	3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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）	因小儿子出生时吸入胎粪，导致生长发育缓慢在信宜市当地医院做康复治疗一年时间已经负债累累，孩子妈妈受不了家庭负担于2025年和父亲离婚，单亲家庭单独抚养二子，小儿子因打篮球溺水抢救花光仅有积蓄，现还在PICU救治一个多月无法脱离呼吸机，治疗费用于我家庭已无法负担，望社会公益组织伸出援手。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 苏 2026年1月19日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 溺水 2. 缺氧缺血性脑病 3. 大脑功能障碍 4. 呼吸心跳骤停 5. 呼吸衰竭 6. 肺出血 7. 溺水后遗症 8. 尿道感染 9. 生长发育迟缓。患儿目前住院费用已花费164664元，预计总费用20万元。 医师签名: 陈江						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥15000 元（大写: 壹万伍仟元 角 分） 负责人签名: 何靖度 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: 贰万伍仟元 角 分） 负责人签名: 李锐 2026年2月2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: 蘇	性别: 男	年龄: 5
病种: 溺水	治疗医院: 广州市儿童医院	

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），将作为苏 的治疗费用。

受助人（监护人）: 蘇

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年2月3 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: 苏 性别: 男 年龄: 5岁 科别: 儿-PICU2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 溺水 2. 缺氧缺血性脑病 3. 大脑功能障碍 4. 呼吸心跳骤停(复苏后) 5. 呼吸衰竭 6. 肺出血 7. 消化道出血
8. 泌尿道感染 9. 生长发育迟缓

医嘱及建议: 患儿2025-12-11至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 杨文敏/邓华蓉

日期: 2026-1-13 9:56:14

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

兹有患儿朱，患溺水疾病，性别男，年龄5岁，是广东省(区、市)信宜市(州) 县(区)镇隆乡镇(街道) 村民小组(居委会)，(父亲：朱，母亲：朱村民(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：朱 身份证号：

患儿母亲：梁 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章



2026 年 11 月 28 日

