

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: 2026120

申请日期: 2026年1月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	周		男	2013.6.1		广东省广州市		
	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
	胰腺肿瘤, 呼吸衰竭		广州医科大学附属妇女儿童医院	2025.12.24	60万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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 1 名;			
	父亲 周	30	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 约6万 元			
	母亲 林	42	健康		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)	<p>患儿周 2025年12月24号入住儿童医院, 确诊为胰腺腺中癌, 12月30号在广州市妇女儿童医疗中心做手术, 2026年1月14号病情恶化, 接着做二次手术之后转入PICU治疗中, 目前家中还有一个体弱多病的孙女马贝萱养, 家庭以务农为主收入微薄, 无法承担高昂医疗费用, 特此申请基金</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2026年 1月 26日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 1. 贫血性贫血 2. 心功能中度衰竭 3. 肝功能异常 4. 胰腺炎 5. 呼吸衰竭 6. 电解质紊乱 7. 贫血性贫血 8. 急性肾衰竭, 费用约 60万人民币。</p> <p>医师签名: 叶树刚 2026年 1月 26日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖庭 2026年 1月 26日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 林韵涛 2026年 2月 9日</p>							



# 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：周	性别：男	年龄：12
病种：胰腺肿瘤	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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为周 的治疗费用。

受助人（监护人）：周

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： —

电 话： —

经办人： 林

电 话： 18924052214

日 期： 2026年2月10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: 周 性别:男 年龄:12岁 科别: 珠-PICU1组 床号 住院号

诊断:1.失血性休克 2.心脏停搏复苏成功 3.凝血功能障碍 4.胰腺肿瘤(实性假乳头状瘤;术后) 5.呼吸衰竭 6.电解质紊乱 7.急性失血性贫血 8.腹腔积液 9.急性肾衰竭 10.急性肝功能衰竭 11.心功能不全

医嘱及建议: 患儿于2025-12-24开始在我院住院治疗, 在ICU治疗中。

医师签名: 

日期:2026-01-26 09:42:44



- 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

兹有患儿周，患胰腺肿瘤疾病，性别男，年龄12岁，是广东省（区、市）广州市（州）增城县（区）中新乡镇（街道）莲塘村民小组（居委会），（父亲：周，母亲：张）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：周 身份证号 \_\_\_\_\_

患儿母亲：张 身份证号 \_\_\_\_\_

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026年1月23日



