

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: 2026142

申请日期: 2026年2月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	郑		男	2025年12月0日		湖南省新田县		
	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
	1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.感染性休克		广州市妇女儿童医疗中心	2026年2月1日	20万			<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 100%	<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 2 名;			
	父亲	梁	22	健康	2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元			
	母亲	梁	19	健康	3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车			
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>现在抚养着2个小孩,父母都没有工作全职在家带小孩。现在第2个小孩在住院生病很严重 目前借钱交了4万块,医疗费用较大。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2026年2月6日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 1.重症肺炎, 2.呼吸衰竭。目前气管插管机械通气中,病情危重。预估治疗费用至少10-20万以上。</p> <p>医师签名: 杨文敏 2026年2月4日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖豆 2026年2月9日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖豆 2026年2月25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: 郑 [redacted]	性别: 男	年龄: 2个月17天
病种: 重症肺炎	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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为郑 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月27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：郑 性别：男 年龄：1月 科别：儿-PICU2组 床号 住院号

诊断：1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 感染性休克

医嘱及建议：患儿于2026-2-1至今在我院儿童院区PICU住院治疗。

医师签名：陈江波 / 
日期：2026-02-06 15:46:46

- 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

兹有患儿郑[]患重症肺炎，呼吸衰竭疾病，性别男，年龄一个月 26 天，是湖南省永州市新田县新隆镇侯桥村民小组，(父亲:郑[]母亲:梁[]村民的儿子。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:郑[]身份证号 []

患儿母亲:梁[]身份证号 []

且双方未领结婚证。

情况属实，特此证明。

新田县新隆镇侯桥村委会

2026 年 2 月 4 日



