

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: 2026147

申请日期: 2026年2月4日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	杨	男	2020.8.23		广州荔湾区
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号
	OMENI综合征 自身免疫性溶血性贫血 周围神经病 呼吸衰竭	广州市 儿童医院	2024.3.9	50万元	
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 65%	<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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元 3、固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 0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
	父亲	杨	42	正常	
	母亲	阮	39	正常	
申请救助理由(请详细描述)	<p>您好! 孩子在2024年在广州儿童医院ICU住院9个月花费巨大, 家里又添了两个小孩需要抚养, 2025年至今又在ICU治疗, 经济实在困难, 这两年期间我和在婆都在照顾孩子没有时间和精力去工作挣钱, 压力很大, 希望更多爱心人士支持, 谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2026年2月4日</p>				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 呼吸衰竭 2. Omenn综合征 3. 自身免疫性溶血性贫血 需要治疗费用约50万元。 医师签名: 陈进 2026年2月4日				
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万五千元) (分) 负责人签名: 何靖度 2026年2月5日				
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万零元) (分) 负责人签名: 杨 2026年2月 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: 杨 性别: 男 年龄: 15  
病种: omenn 综合症, 呼吸衰竭, 自免性溶血等 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为杨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

电话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 柳

电话: 18924052214

日期: 2026年3月1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: 杨 性别:男 年龄:15岁 科别:儿-PICU2组 床号 住院号

诊断:1.呼吸衰竭 2.Omenn综合征 3.自身免疫性溶血性贫血 4.周围神经病 5.自身免疫病 6.蚕豆病 7.肺炎

医嘱及建议: 患儿于2025-5-24至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 黎晟甄

日期:2026-02-04 12:22:43

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。



## 情况说明

兹有本社区户籍居民杨 [REDACTED] 身份证号：

[REDACTED] 根据家属提供的诊断证明显示，孩子患有呼吸衰竭，Omenn 综合症，自身免疫性溶血性贫血，周围神经病，自身免疫病，蚕豆病，肺炎。于 2025 年 5 月 24 日至今在医院治疗，提供发票显示个人缴费部分支出较高。与广州市妇女儿童医疗中心医务社工沟通了解，孩子治疗周期长，治疗费用大，与家属了解获悉因医疗费用开支导致家庭困难。此证明用于家属申请广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目。

广州市荔湾区东漵街康碧馨社区居民委员会

2026年2月14日



扫描全能王 创建

