

### 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: 2026283

申请日期: 2026年3月18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	张	男	2023.8.9		贵州省		
	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
	化脓性脑膜炎	中山大学 孙逸仙医院	2024.10.15	50万			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 申请中 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 45%	<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	张	36	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元	
	母亲	王	33	良		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车	
					4、家庭困难类型: <input 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 checked="" 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>张于2024年10月15日确诊化脓性脑膜炎,经治疗后仍留下(肢体活动障碍,语言障碍,智力受损,癫痫)后遗症,长期需要康复治疗药物维持及定期检查,患病至今,家庭承担巨额医疗费用,收入微薄,无力持续负担高昂康复开支,经济陷入困难,为孩子得到及时治疗减轻后遗症影响,特向贵院申请公益救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年3月18日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 化脓性脑膜炎后遗症期。(语言障碍,运动障碍,继发性癫痫) 脑内球,ACTH 抗癫痫等治疗中, 约10-20万。</p> <p>医师签名: 刘小珠 2026年3月18日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 三万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 杨秉叶 2026年3月20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 零 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 杨秉叶 2026年4月27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: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁8个月

病种: 化脓性脑膜炎后遗症 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18929052214

日 期: 2016 年 4 月 28 日

# 中山大学孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名:张 性别:男 年龄:2岁6月 科室:儿科四区 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地: 贵州省黔西南布依族苗族自治州安龙县
性别:男	年龄:2岁6月	科室:儿科四区
入院时间: 2026-03-01 14:51	出院日期: 2026-03-19 10:30	
临床诊断: 1.化脓性脑膜脑炎; (1) 双侧多发脑软化灶; (2) 双侧硬膜下积液; (3) 脑萎缩; (4) 脑积水(可能); 2.语言发育障碍; 3.运动障碍; 4.难治性癫痫; 5.蛋白质能量营养不良(体重低下(中度), 消瘦(中度));		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期: 2026-03-19 10:30	医生: 	

## 贵州省低收入人口动态监测信息平台查询结果

申请人：王  
查询时间：2026年3月31日  
查询单位：贵州省黔西南布依族苗族自治州安龙县春潭街道

序号	姓名	身份证号	与户主关系	低收入人口类别	保障状态
1	王		本人/户主	最低生活保障	是
2	张		女/媳	最低生活保障	是
3	张		子/婿	最低生活保障	是
4	张		其他	最低生活保障	是

联系电话  
(此证明仅供就医使用)



注：本次查询依据贵州省低收入人口动态监测信息平台数据，请当场核实查询结果，如信息有误请及时告知经办人员核实处理。如隐瞒不报或提供虚假信息自行承担法律责任。



扫描全能王 创建

