

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026424

申请日期: 2026年5月15日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2020.7.30		广东江门		
	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
	热性相关癫痫综合征	广州市妇女儿童医院	2025.3	20万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	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	残疾类型和级别:
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 <u>1</u> 名;		
	父亲 黄	47	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>1-2万</u> 元		
	母亲 李	46	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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>患儿在2025年3月确诊罕见病热性感染相关癫痫综合征(fires),到目前为止自费已高达60多万元,治疗费大部分借款,家庭已负债20多万元,目前孩子还处于认知障碍状态,癫痫也没控制住。家里俩老人身体差都需长期吃药维持。一切日常开销都靠爸爸跑出租车维持,哥哥刚毕业还没有稳定工作,孩子后续还需长期治疗和康复,费用巨大,家庭难以维持。特申请救助,望批准!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年5月15日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1.重症肺炎(铜绿假单胞) 2.呼吸衰竭 3.管道口状态 4.(VNS植入后) 难治性癫痫(热性感染相关癫痫综合征后遗症期) 5.大月功能障碍 6.肥胖症。 治疗: 重症监护,有创呼吸机,气管插管,手术取出迷走神经刺激器及更换电极管,抗感染,营养支持等,费用15万元。 医师签名: 徐晓峰 2026年5月18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 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖度 2026年5月21日</p>						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
<p>同意救助 ¥35,000.00 元(大写: 叁万伍仟元整)</p> <p>负责人签名: 秘书处 2026年6月15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: 黃	性別: 男	年齡: 5
病種: 難治性癲癇重症肺炎 治療醫院: 婦女兒童醫院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 189 24052214

日 期: 2026年6月18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: 黄 性别: 男 年龄: 5岁 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 重症肺炎(铜绿假单胞) 2. 呼吸衰竭 3. 气管造口状态 4. [VNS置入术后]难治性癫痫(热性感染相关性癫痫综合征后遗症期) 5. 大脑功能障碍 6. 脑积水(脑积水术后, 迷走神经刺激器置入术后、脑室腹腔分流术后+脑室外引流管拔除术后) 7. 生长发育迟缓(精神、运动)

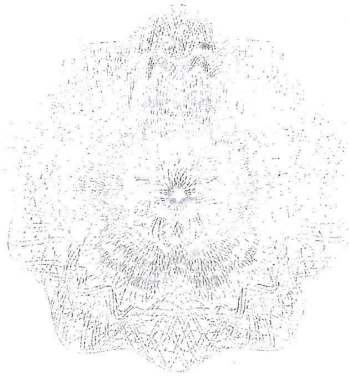
医嘱及建议: 患儿于2026. 4. 30至今于我院PICU住院治疗。

医师签名: 彭红艳, 徐静, 徐婷

日期: 2026-05-18 16:00:45

- 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。





核发单位: 鹤山市民政局

发证日期: 2025年10月

户主姓名: 黄

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	_____	性别	男
出生年月	2020年07月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	_____		
户籍地址	鹤山市 _____		
低保资金 发放账号	_____		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

家庭成员照片

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: _____

姓名: _____

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

核发单位
盖章
(注明: 此处贴
小一寸照片)

姓名: _____

姓名: _____

