

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: 2026462

申请日期: 2026年6月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	罗		男	2025.10.20			广西桂平市	
	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
	脓毒性休克 小脑扁桃体下疝 脑水肿		广州市妇女儿童医疗中心	2026.1.18	20万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 5 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 43200 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 2 辆小车 4、家庭困难类型: ☐ 村居委开具困难证明; ☒ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	罗	38	良好				
	母亲	程	34	良好				
申请救助理由(请详细描述)	家里小孩多,收入低,小孩生病久 夫妻俩人现在都在广州没有收入来源 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 程 2026年6月5日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 脓毒性休克 2. 重症肺炎 3. 小脑扁桃体下疝, 4. 脑水肿 5. 心力衰竭 预计费用20万元。 医师签名: 陈 2026年6月5日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月8日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万五仟元整) 负责人签名: 2026年6月29日							



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: 罗 性别: 男 年龄: 8个月
病种: 脓毒性休克 重症肺炎 呼吸衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心
急性肾损伤 癫痫 脑水肿
小脑扁桃体下疝 透明隔囊肿
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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026 年 7 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: 罗 性别: 男 年龄: 7月 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 脓毒性休克 2. 重症肺炎 3. 呼吸衰竭 4. 小脑扁桃体下疝 5. 脑水肿 6. 心力衰竭 7. 急性肾损伤 8. 凝血功能异常 9. 癫痫 10. 透明隔囊肿; 11. 脑室扩张 12. 遗传性代谢病, 待查。

医嘱及建议: 患儿2026-05-29至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 李文言/

日期: 2026-06-05 15:43:08

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。



证明

兹证明 罗 (身份证号码:)
家庭住址: 大洋镇),
家庭为农村低保边缘家庭 (属于农村低收入家庭)。
认定日期为: 2026年01月01日 。
该证明开具日期为 2026年06月03日 , 自开具日期起有效
期为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	认定日期
1	罗		2026-01-01
2	程		2026-01-01
3	罗		2026-01-01
4	罗		2026-01-01
5	罗		2026-01-01
6	罗		2026-01-01
7	罗		2026-01-01

大洋镇人民政府 (盖章)
2026年06月03日
经办人: 李

