

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: 2026618

申请日期: 2026年 8月 1日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周	女	2013年8月13			陈有 陈丰市	
	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
	脑膜炎、肺炎、败血症、脑积水、癫痫、在广州市儿童医院PICU重症监护室治疗。治疗费用昂贵。现夫妻均无收入，老父亲重病卧床不起，治疗费用已耗尽积蓄，负债累累。现小周后续费用更加无力承担。	广州市儿童医院	2026.5.25	40万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无				
	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) 8.4万 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	37	是				
申请救助理由(请详细描述)	母亲	38	甲元				
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2026年 8月 1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 脑膜炎、肺炎、败血症、脑积水、癫痫、在广州市儿童医院PICU重症监护室治疗。治疗费用昂贵。现夫妻均无收入，老父亲重病卧床不起，治疗费用已耗尽积蓄，负债累累。现小周后续费用更加无力承担。						
	医师签名: 2026年 8月 1日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 201,000.00 元(大写: 贰拾万 仟 佰 拾 元 二角 一分) 负责人签名: 2026年 8月 4日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 30,000.00 元(大写: 叁万元整)							
负责人签名: 林钧泽 2026年 8月 17日 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: 羅 性别: 女 年龄: 13 周岁
病种: 腹股疝、史帝斯約翰綜合症 治疗医院: 广师妇女儿童医疗中心(增城)
肠胃糜烂

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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 羅

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 8 月 18 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 女 年龄: 12岁 科别: 增-PICU2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 抗NMDA受体脑炎 2. 史蒂文斯-约翰逊综合征 3. 脓毒血症(大肠埃希菌) 4. 支气管肺炎 5. 肠功能衰竭? 6. 多脏器损伤(肝脏、凝血) 7. 电解质紊乱

医嘱及建议: 患儿于2026.6.29至今在我科住院治疗。



叶叶叶

日期: 2026-6-29 12:10:28

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 罗，患 抗NMDA受体脑炎，肠系淋巴结炎 疾病，性别 女，年龄 12 岁，是 广东 省（区、市）汕尾市（州）陆丰 县（区）内湖 乡镇（街道）罗胶 村民小组（居委会），（父亲：罗 母亲：罗）村民（居民）的儿子 / 女儿。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：_____身份证号：_____

患儿母亲： 鄢 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: _____

经办人及联系电话: 13913913913

2026 年 8 月 1 日

