

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: 2026789

申请日期: 2026年9月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2022.7.13			增城新塘	
	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
	中枢性呼吸衰竭 脊髓损伤		广州市儿童医院	2026.9.7	几十万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 95.50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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			
	父亲	黄	35	健康				
	母亲	林	38	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 127 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 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								
申请救助理由（请详细描述）： 患儿黄，女，4岁1月，2026年8月22日，因在场所游玩项目被意外碰伤，导致外伤。受伤后逐步出现肢体疼痛、手脚肌力下降、确诊寰枢椎损伤、颈脊髓损伤、中枢性呼吸衰竭，已和广州市儿童医院、完成颈椎脊髓减压手术，术后转入PICU，依靠呼吸机和辅助呼吸，病情危重，后续仍需持续治疗，长期康复，患儿父母为普通务工人员，家庭收入微薄，医药费高昂，家庭经济带来沉重的经济压力，难以承担巨额治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026年9月12日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：							
	诊断: 1. 脊髓损伤 2. 中枢性呼吸衰竭 3. 肋骨骨折，预计治疗费用40万元。 医师签名: 符的 2026年9月14日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 林靖文 2026年9月15日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 25,000.00元（大写: 贰万五千 元） 负责人签名: 林钧泽 2026年10月12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:	黃	性別:	女	年齡:	4歲2月
病種:	中樞神經系統發育不良	治療醫院:	亞母幼兒童醫院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币貳万伍仟元），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）:

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 阿依

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月13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：女 年龄：4岁 科别：儿-PICU2组 床号 住院号

诊断：1. 脊髓损伤 2. 中枢性呼吸衰竭 3. 肺炎

医嘱及建议：患儿2026.9.7至至今我院PICU住院治疗。

医师签名：符初丽 / 刘铁场

日期：2026年09月14日 16:00:00



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 黄 中板协与合李强，患 高位颈髓损伤 疾病，性别 女，年龄 4 岁，是 广东 省（区、市）广州 市（州）增城 县（区）新塘 乡镇（街道）东洲 村民小组（居委会），（父亲：黄 母亲：林 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：黄 身份证号：

患儿母亲：林 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2026 年 9 月 10 日

