

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: 2016841

申请日期: 2016年10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	
	董	女	2009.6.12			广东省罗定市	
	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
	肾病综合征	广东省中医院德安路总院	2011.3	5年费用约30万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 85%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 3 名;		
	父亲 董	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 64000 元		
	母亲 关	37	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	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						
	二女儿董 从岁9个月开始生病,一直都需吃药治疗。今年二月份病情复发,花了一万五千多,五月份住院也花了一万五千多。治疗的药物很多都是自费药,无法报销,医疗开支很大。家中共6口人,除了生病的二女儿,读高中的大女儿4岁也得了肾病,要定期吃药和检查。三女儿五岁那年也查出肾病综合征,还有一个小孩才上幼儿园,日常生活也要用钱。妈妈在家里照顾孩子,不能工作,主要靠爸爸打工养活家中5口人,经济压力,所以申请基金会。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 董 2016年10月12日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患肾病综合征,时间长,治疗周期长,花费高,目前使用医保报销到院求,价格昂贵,预计5年需费用约30万元。 医师签名: 5月12日 2016年10月12日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万、仟、佰、拾、元、角、分) 负责人签名: 2016年10月12日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元(大写: 壹万元整) 负责人签名: 林钧泽 2016年10月19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	性别: 女	年龄: 17
病种: 肾病综合征	治疗医院: 广东省中医院大德路总院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃
电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月21日

诊断证明

患者黄[REDACTED]女，16岁，住院号[REDACTED]身份证号：

[REDACTED]诊断为：1.肾病综合征 (原发性 肾炎型
激素耐药 频复发 FSGS, NOS)2.维生素 D 缺乏 3.胆囊结石。避免
剧烈运动，特此证明！

广东省中医院儿科

2026年10月12日

诊疗专用章

户主姓名	黄	性别	男
出生年月	1988年12月	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	6
居住地址	云浮市附城街		
户籍地址	云浮市罗定市附城街		
低保资格 发放账号			

姓名	关系	月收入

家庭成员情况			
姓名	关系	月收入	
黄	长子		
黄	女儿		
黄	女儿		
黄	女儿		
黄	儿子		

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:



