版权归广东公益恤孤助学促进会所有

广东公益恤孤助学促进会“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号：2026857　　申请日期：2026 年 9 月 21 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	彭[illegible]	女	2019.12.02	[illegible]		广东省揭西县	
	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
	显微镜下多脉管炎急性肾功能不全	中山大学孙逸仙	2026.8.25	50万	[illegible]	/	□是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 40 %	□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	彭[illegible]	38	健康	[illegible]
母亲	彭[illegible]	38	健康	[illegible]

1、抚养 18 岁以下儿童 4 名；6万
2、家庭年收入（不含政府补贴）[illegible]元
3、固定资产：无 套房子；1 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）

患儿彭[illegible]女 6岁，确诊显微镜下多血管炎急性肾功能不全，现于中山大学孙逸仙纪念医院儿科花都区PICU住院治疗，患儿病情危重，需血浆置换，血液滤过，多种药物等治疗，医疗开销巨大，家中共有四个小孩，家庭无稳定经济收入，高额的医疗费用使家庭负担十分沉重，无力承担全部治疗开支，现申请广东公益恤孤助学促进会救助整

本人保证上述情况完全真实。恳请予以资助

申请人签名：彭[illegible]　2026 年 9 月 21 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：

诊断：显微镜下多脉管炎；急性肾功能不全；低蛋白血症；重症肺炎。总费用预估 80~80万（陆拾一拾捌万）。

医师签名：[illegible]　2026 年 10 月 08 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元（大写：5 万 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元 ___ 角 ___ 分）

负责人签名：[illegible]　2026 年 10 月 9 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写：贰万伍仟元）

负责人签名：林钧泽　2026 年 10 月 26 日

廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项
救助款收据

病童姓名：彭[redacted]	性别：女	年龄：6岁10个月
病种：显微镜下多脉管炎	治疗医院：中山大学.孙逸仙纪念医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为彭[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：彭[redacted]

电　话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924057214

日　期：2016年10月27日

项目救助款由 哥弟菩及基金会 资助。

中山大學孫逸仙紀念医院

疾病诊断证明

姓名:彭 性别:女 年龄:6岁8月 科室:儿科二区（综合专科） 床号 住院号

姓名:彭	住院号	出生地：广东省揭阳市揭西县
性别:女	年龄:6岁8月	科室:儿科二区（综合专科）
入院时间：2026-08-25		在院
临床诊断：1.显微镜下多脉管炎； 2.急性肾功能不全(KDIGO3期)； 3.低蛋白血症； 4.重度贫血； 5.双肺肺炎(龟分枝杆菌)； 6.高脂血症； (1) 高胆固醇血症； (2) 高甘油三酯血症； (3) 低密度脂蛋白型高脂蛋白血症； 7.低高密度脂蛋白血症； 8.代谢性酸中毒； 9.电解质紊乱； (1) 高磷血症； (2) 低钙血症； 10.高尿酸血症； 11.地中海贫血（未排除）；		
治疗意见： 建议继续住院治疗		
记录日期：2026-09-20	医生：张碧红 儿科二区	

经济情况证明

兹有我社区户籍居 彭[redacted] 身份证号[redacted]

户籍在广东省揭西县河婆街道新安社区[redacted]

根据本人所述和提供的中山大学孙逸仙纪念医院《疾病诊断证明》，（彭[redacted]女儿（彭[redacted]（女）身份证号：[redacted]

患有“显微镜下多脉管炎、急性肾功能不全”。正在治疗阶段，其丈夫（彭[redacted]身份证号码：[redacted]目前没有稳定工作收入，孩子医疗费用开支庞大，导致家庭经济拮据。

以上所述属实。

（本证明仅限于申请特殊疾病救助用途）

揭西县河婆街道新安社区居民委员会：（盖章）

揭西县河婆街道新安社区居民委员会

日期2026年9月25日