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重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号：2026890　　申请日期：2026年10月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钱[redacted]	女	2026年3月4日	[redacted]		广东肇庆	
	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
	脓毒血症，感染性发热	广州妇女儿童医疗中心	2026年[redacted]8月	20万-30万	[redacted]	/	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 60 %	☐城镇居民 ____ %	☐商业保险 ____ %	☐其他保险 ____ %	☐无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
	父亲 钱[redacted]	32	良好（有乙肝）	[redacted]
	母亲 陆[redacted]	29	良好（有肺泡窦刺激）	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000 元
3、固定资产：无 套房子；无 辆摩托车；1 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）

8月21日意外室息缺氧，转3三家医院到广州妇女儿童医疗中心，期间发生抽搐，进入icu确诊缺血缺氧脑病，9月5号出icu，转南方医科大学珠医院，9月10号发烧不止，9月20日转广州妇女儿童医疗中心，9月28日晚上icu重症监护室，确诊脓毒血症，感染性发热不止，噬血细胞综合征，腹泻，肺部有痰，情况越发严重存活率只有三成，疾病之间互相掣制，icu医生束手无策，全身有剧烈炎症风暴

本人保证上述情况完全真实。一直反复，每日巨额支付，信感压力，请求贵公益能帮助我们，万恩感谢

申请人签名：钱[redacted]　2026年10月9日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：目前诊断：脓毒血症。2.多器官功能障碍。3.噬血细胞综合征。拟计治疗总费用为20万-30万。

医师签名：黄菊香　2026年10月10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：何靖彦　2026年10月13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11月2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：钱[redacted]　性别：女　年龄：8个月

病种：肝母细胞瘤待治疗医院：广州妇女儿童医疗中心(儿童院区)

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），将作为钱[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：钱[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：18924052214

日　期：2016年11月4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：钱[redacted]　性别:女　年龄:6月　科别：儿-PICU1组　床号[redacted]　住院号[redacted]

诊　断:1.脓毒血症 2.多器官功能障碍；3.噬血细胞综合征（HLH）？4.药物超敏反应综合征（DRESS）？；5.急性肝功能衰竭 6.重度贫血；7.缺血缺氧性脑病后遗症；8.症状性癫痫；9.胃肠功能紊乱；10.重症肺炎11.呼吸衰竭

医嘱及建议：患儿于2026年9月21日至今在我院住院治疗。

医师签名: 胡培丹 /

日　　期:2026-10-12 13:21:09

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。

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (3) 诊断治疗证明专用章 GUANGZHOU WOMEN AND CHILDREN'S MEDICAL CENTER, GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY P.R.CHINA

家庭情况说明

兹有患儿[redacted]，患[redacted]疾病，性别女，年龄0.7岁，是广东省（区、市）肇庆市（州）端州区（县）睦岗乡镇（街道）[redacted]村民小组（居委会），（父亲：[redacted]母亲：[redacted]）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：[redacted]身份证号：[redacted]

患儿母亲：[redacted]身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026年10月8日

