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：2026033　　申请日期：2026年11月6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	卢	女	2025.9.2			广东、惠来	
	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
	1.脑室面淤2.肺动脉高压3.广州线	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2026.10.10	60-80万			□是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	□新农合 50 %	□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 卢	30	健康	
	母亲 卢	30	健康	

1、抚养18岁以下儿童 4 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元
3、固定资产：1 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）

因生育4个小孩，3个在上幼儿园，父亲卢 急需手术，
孩子都要治疗，76岁，我（卢 ）需喝低分子，现女儿卢
生病，费用高

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：卢　　2026年11月6日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：1.室间隔缺损 2.肺高压危象 3.广州管圆线虫感染
预计费用 60-80万

医师签名：陈婷　　2026年11月6日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥35000 元（大写：叁万伍仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：何诗彦　　2026年11月10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：林纳泽　　2026年11月16日

5

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：卢[redacted]　　性别：女　　年龄：1岁

病种：1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.脓动脉导管未闭 4.心衰　　治疗医院：广州医科大学附属妇幼儿童医疗中心

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），将作为卢[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：卢[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17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：卢[redacted]　性别:女　年龄:1岁1月科别：儿-PICU1组　床号[redacted]　住院号：[redacted]

诊　断:1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.肺动脉高压危象 4.右心衰竭 5.广州血管圆线虫病 6.脓毒性休克 7.多脏器损伤(肠道、肺、循环、血液系统) 8.蛋白质-能量营养不良(中度) 9.免疫球蛋白升高(IgE) 10.低补体血症(C3、C4)

医嘱及建议：患儿于2026-10-10至今在我院住院治疗。

医师签名：胡培丹 /

日　　期:2026/11/6 15:57:51

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

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。

户主
照片

核发单位：惠来县

发证日期：2026-09-17

户主姓名：卢

身份证号码：

编　　号：

户主姓名	卢	性别	男性
出生年月	1997-11-09	民族	汉族
社保卡（医保卡）号码		家庭人口	7
居住地址	广东省惠来县岐石镇		
户籍地址	广东省揭阳市惠来县		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	卢	本人	5500
	卢	配偶	3000
	卢	子	0
	卢	女	0
	卢	女	0

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	卢	女	0
	许	父母	0

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：

扫描全能王 创建

