

# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2024011

申请日期: 2024年1月4日

|                 |               |                                                                  |        |                                                                                                                                                                                                                                |                         |                 |
|-----------------|---------------|------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 病童资料            | 姓名            | 雷梓圻                                                              |        | 性别                                                                                                                                                                                                                             | 女                       |                 |
|                 | 出生年月          | 2022.5.15                                                        |        | 身份证号码                                                                                                                                                                                                                          | [REDACTED]              |                 |
|                 | 户籍所在地         | 广东省 [REDACTED] 市 [REDACTED] 区/镇                                  |        |                                                                                                                                                                                                                                |                         |                 |
|                 | 购买保险情况        |                                                                  |        | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 报销比例: 40 %<br><input type="checkbox"/> 城镇居民 报销比例: ____ %<br><input type="checkbox"/> 商业保险 报销比例: ____ %<br><input type="checkbox"/> 其他____保险 报销比例: ____ %<br><input type="checkbox"/> 无 |                         |                 |
|                 | 是否残疾          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |        | 残疾类型&级别                                                                                                                                                                                                                        | ——                      |                 |
|                 | 所患疾病          | 月正胎型横纹肌瘤                                                         |        | 确诊时间                                                                                                                                                                                                                           | 2022年5月份                |                 |
|                 | 治疗医院          | 中山大学附属第一医院                                                       |        | 预估总费用                                                                                                                                                                                                                          | 300000                  |                 |
| 病童直系亲属资料        | 住院号           | 31095364                                                         |        | ID 号                                                                                                                                                                                                                           | ——                      |                 |
|                 | 父亲姓名          | 雷家富                                                              |        | 年龄                                                                                                                                                                                                                             | 32                      | 联系电话 [REDACTED] |
|                 | 是否残疾/患病       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |        | 残疾/患病类型                                                                                                                                                                                                                        | ——                      | 残疾级别 ——         |
|                 | 母亲姓名          | 华美莲                                                              |        | 年龄                                                                                                                                                                                                                             | 33                      | 联系电话 [REDACTED] |
| 家庭成员 & 经济状况     | 是否残疾/患病       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |        | 残疾/患病类型                                                                                                                                                                                                                        | ——                      | 残疾级别 ——         |
|                 | 抚养 18 岁以下儿童数量 | 两名                                                               |        | 固定资产                                                                                                                                                                                                                           | 0 套房子<br>1 辆摩托<br>0 辆小车 |                 |
| 家庭年度收入 (不含政府补贴) | 0 元           |                                                                  | 家庭困难类型 | <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明<br><input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明<br><input checked="" type="checkbox"/> 低保证明、低收入 (低保边缘) 证明、孤儿或事实孤儿证明                                                 |                         |                 |

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>申请救助理由</p>                                                                                                                                                                        | <p>(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需求等方面进行说明。)</p> <p>因孩子从2022年5月份确诊横纹肌肉瘤在柳州手术也用了很多钱,让原本不富裕的家庭雪上加霜,一年后又复发,当时该借的钱都花完了,父母一直陪着孩子到处求医,一直都没有收入,2023年9月份又来到广州妇女儿童医院手术,后又复发,这昂贵的医疗费用又打一个农村家庭真的是难上加难,现在我们伙求三期又来到中山肿瘤医院附属第一医院准备第三次手术,后续还要放化疗,那么次家庭都没有收入,孩子的病又不能耽误,实属无奈,现诚恳的向基金会求助!谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: <u>雷梓忻</u> 2024年 1月 4日</p> |
| <p>医院填写</p>                                                                                                                                                                          | <p>疾病诊断及治疗(预估费用):</p> <p>医师签名: <u>李锐</u> 2024年 1月 4日</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元</p> <p>(大写: <u>叁万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)</p> <p>负责人签名: <u>蔡明</u> 2024年 1月 4日</p>                                                                                                                       |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>¥15,000.00</u> 元。</p> <p>(大写: <u>壹</u> 万 <u>伍</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)</p> <p>负责人签名: <u>李锐</u> 2024年 1月 8日</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



# 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: 雷梓圻 性别: 女 年龄: 2岁7个月

病种: 胚胎型横纹肌肉瘤 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为雷梓圻的治疗费用。

受助人 (监护人): 华美莲

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年1月9日



中山大学 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：雷梓圻

科别：小儿外科

床号：015

住院号：0031095364

### 住院患者情况说明

姓名：雷梓圻 性别：女 年龄：2岁7 科别：小儿外科 床号：015 住院号：0031095364

目前诊断：盆腔肿瘤(术后复发?)

入院情况及诊疗经过： 患儿 雷梓圻，女，2岁7个月，主因“横纹肌肉瘤术后1年余，肿瘤复发3月余”于2023年12月27日入院；入院后完善相关检查，CT示：“盆腔肿瘤术后”： 1. 直肠与膀胱之间偏左侧肿块，结合病史考虑肿瘤复发，与膀胱与直肠分界不清，不排除受累，右侧输尿管下段受肿瘤包绕。 2. 右肺上叶尖段磨玻璃结节，拟炎性结节可能，建议随诊复查。 3. 肝脏、胆、胰腺、脾脏及双肾CT检查未见异常。”，未见明显手术禁忌症，遂予2024-01-02在全麻下行“膀胱镜检查术+双侧输尿管逆行插管术+阴道镜探查术+剖腹探查术+盆腔巨大肿瘤切除术+阴道壁修补术+双侧卵巢悬吊术+左侧输尿管膀胱再植术+经皮左侧输尿管支架植入术+左路血管探查术”，术后予对症支持处理，目前处于术后恢复阶段。

医师签名：

2024年01月04日

疾病诊断专用章

## 证明

兹证明 华美连 (身份证号码:                      ,  
家庭住址: 广西                     ) ,  
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2023年09月01日

该证明开具日期为2023年12月21日, 自开具日期起有效期  
为 6 个月。

### 家庭成员列表

| 序号 | 姓名  | 身份证号                        | 享受月份 | 开始享受时间      |
|----|-----|-----------------------------|------|-------------|
| 1  | 雷梓圻 | <u>                    </u> | 12月  | 2023年09月01日 |





Shot on S1 Pro  
vivo AI camera