

## 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024090

申请日期: 2024年2月28日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |                                                |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |            |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 姓名                                                                                                                                                                         |                                                | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                                                                                                                                                              | 户籍所在地      |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 鄢鸿钰                                                                                                                                                                        |                                                | 女                               | 2024.2.22                       |                                 |                                                                                                                                                                              | 河源         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 超低体重出生、早产、新生儿呼吸窘迫综合征                                                                                                                                                       |                                                | 广东省第二人民医院                       | 2月22日                           | 30万元                            | 673301                                                                                                                                                                       | 3501598289 | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 30-40% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 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 1 名;                                                                                                                                                             |            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 父亲                                                                                                                                                                         | 鄢权源                                            | 27                              | 良好                              |                                 | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 66000 元                                                                                                                                                      |            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 母亲                                                                                                                                                                         | 黄福菊                                            | 30                              | 一般                              |                                 | 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车                                                                                                                                                 |            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |                                                |                                 |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |            |                                                                              |
| <p>本人鄢权源为广东 家7口人,主要经济来源为本人做厨房帮厨,月收4500元,以及本人的父亲务农,月收不到2000元。家里还有八十岁的爷爷奶奶需要赡养。爷爷奶奶:爷爷有胃病,奶奶有高血压,需定期月吃药。妻子于2021年患有月系肌症在各级医院治疗,年花费约20万元。2022年开始人工受孕,失败一次,11月在省二医进行试管二代婴儿,在2023年9月成功,共花费约10万元。妻子怀孕期间花费约15万元。月前孩子早产,体重5斤,身体器官未能发育完全,需在NICU保育治疗。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 鄢权源 2024年2月28日</p> |                                                                                                                                                                            |                                                |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |            |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿因“胎龄26+3周,生后呼吸微弱40分钟”入院,临床诊断:1.超低出生体重儿,2.早产儿,3.新生儿呼吸窘迫综合征,4.新生儿缺氧缺血性脑病,5.新生儿低血糖,6.新生儿黄疸。治疗上给予了呼吸机辅助通气、中心吸氧、肠内肠外营养支持等对症处理。</p> <p>医师签名: 张志刚 2024年2月6日</p> |                                                |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万零仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2024年 社会工作科</p>                                                                                     |                                                |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |            |                                                                              |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟零拾元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2024年3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: 邬鸿钰 性别: 女 年龄: 1个月  
病种: 超早产儿、超低体重出生儿、新生儿呼吸窘迫综合征 治疗医院: 广东省第二人民医院

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), 将作为邬鸿钰的治疗费用。

受助人 (监护人): 邬权源

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 周嘉英

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 3 月 19 日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第202403064110001号

|    |           |    |   |    |    |    |    |     |  |
|----|-----------|----|---|----|----|----|----|-----|--|
| 姓名 | 黄福芳之<br>女 | 性别 | 女 | 年龄 | D0 | 科别 | 儿科 | 住院号 |  |
|----|-----------|----|---|----|----|----|----|-----|--|

病史及简要诊疗工作:

患者因“胎龄26<sup>+3</sup>周，生后呼吸微弱40分钟。”于2024-02-22在我院住院治疗。

诊断意见:

1. 超低出生体重儿 2. 超未成熟儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 新生儿挤压综合征 5. 新生儿高胆红素血症 6. 新生儿贫血

处理意见:

住院治疗。

广东省第二人民医院



2024年03月06日

# 龙川县登云镇石福村民委员会

0762-6329256

## 证明

兹证明 邬权源 为 广东 龙川县 登云镇 石福村居民，  
身份证号为 [REDACTED]，家中共 7 口人，家庭  
人员组成 爷爷邬进松、奶奶邬福添、父亲邬国辉、母亲  
何仕云、申请人邬权源、妻子黄福芳、女儿邬鸿钰。家庭  
主要收入来源为本人做厨房帮厨，月收入 4500 元，以及本  
人的父亲务农，月收入不到 2000 元。现因家庭成员 妻子黄  
福芳早产，导致刚出生的女儿需要抢救和保育治疗（女儿  
邬鸿钰，医生诊断为早产婴儿，胎龄是 26+3 周，体重为 750  
克，因偏小一周早产婴儿身体器官各方面未能发育完全，现  
需要在省二医 NICU 住院保育治疗，保育时间大约为 90 天，  
其保育费用约 30 万元人民币）导致家庭经济困难，无法承  
担医疗费用。

特此证明



村委会（居委会）盖章：

经办人签字：

联系电话：

2024 年 02 月 27 日

