

## 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: 2024169

申请日期: 2024 年 2 月 1 日

|  |   |        |  |                                       |                                       |  |         |  |
|--|---|--------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------|--|
| 病童资料   | 姓名  |        | 性别   | 出生年月                                  | 身份证号码                                 |  | 户籍所在地   |  |
|  | 曹 [模糊]  |        | 女  | 2010.12.19                            | [模糊]                                  |  | 广西浦北县福旺 |  |
|  | 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   |
|  | 肾病综合征   |        | 广州市妇女儿童医疗中心  | 2023.2.5                              | 23万                                   | [模糊]   | /       | <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 _____ %<br><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 <u>2</u> 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>63</u> 元<br>3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>/</u> 辆摩托车; <u>/</u> 辆小车<br>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 |         |  |
|  | 父亲  | 曹 [模糊] | 37   | 健康                                    | [模糊]                                  |  |         |  |
|  | 母亲  | 李 [模糊] | 38   | 健康                                    | [模糊]                                  |  |         |  |
| 申请救助理由 (请详细描述)   | <p>患儿于 2023 年 2 月确诊“肾病综合征”，期间有加糖、高血压等，予对症、血液净化治疗等，后转某医院行规律治疗，因病情治疗时间长，费用大，家庭经济困难，难以支付。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>                     申请人签名: 李 [模糊] 2024 年 2 月 1 日</p>   |        |  |                                       |                                       |  |         |  |
| 医院填写   | <p>疾病诊断及治疗 (费用): 肾病综合征. 3万</p> <p>医师签名: 井 [模糊] 2024 年 2 月 1 日</p> <p>医院意见 (盖章):</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ _____ 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>角</u> <u>分</u>)</p> <p>负责人签名: 何 [模糊] 2024 年 2 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>20,000.00</u> 元 (大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>角</u> <u>分</u>)</p> <p>负责人签名: 高 [模糊] 2024 年 4 月 15 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：曹 性别：女 年龄：13  
病种：肾病综合征 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款20,000元（大写：人民币贰万元整），将作为曹曹的治疗费用。

受助人（监护人）：曹  
电话：13822279353  
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：周其明  
电话：13822279353  
日期：2024年4月18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: 曹 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 13岁 科别: 内四病区(儿) 床号: 015 住院号: [REDACTED]

诊断: 1. 肾病综合征伴有局灶性和节段性肾小球损害 2. 慢性肾脏病1期

医嘱及建议: 患儿 2024-01-29至2024-02-04于我院内四科(肾内科)住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨庆 / 余畅 [REDACTED]

日期: 2024-02-04

- 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。



# 证明

兹证明 曹焯 (身份证号码: 452326198101010101)  
 家庭住址: 广西浦北县福旺镇福旺村福旺街101号),  
 家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2023年07月01日

该证明开具日期为2024年02月06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  | 曹焯 | 452326198101010101 | 02月  | 2023年07月01日 |

浦北县福旺镇人民政府 (盖章)

2024年02月06日





的药品请与管床护士联系。 院外或门诊  
The hospital does not allow unauthorized use and storage of drugs. If there are drugs  
from outside the hospital or outpatient clinic, please contact the nurse management.



请注意跌倒！  
Please Beware Of Falling!



请注意防火！  
Please Beware Of  
Putting Out Of Staff!



禁止吸烟  
NO SMOKING



女儿  
妈妈