

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: 2024361

申请日期: 2024年07月01日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	豆		女	2013-07-09			广东省湛江市	
	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.慢性肾衰竭5期 2.代谢性酸中毒		广州市妇女儿童医疗中心 重医中心	2024-06-19 2020.12	8万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☐ 城镇居民 _____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 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>两</u> 名;		
	父亲	豆	42	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>两万左右</u> 元		
母亲	何	42	亚健康		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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）	收入少, 家庭困难无法支付医疗费用, 家中大儿子几年前因患脑膜炎导致智力残疾, 现小女儿又确诊慢性肾衰, 家中务农, 收入不稳定, 盼切申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 豆 2024年7月1日							
医院填写	预计费用8万元。 疾病诊断及治疗（费用）: 1.慢性肾衰竭5期 2.代谢性酸中毒 3.电解质紊乱 4.高血压呼吸衰竭 5.低钙血症 6.低磷血症 7.低钾血症 8.低钠血症 9.重症贫血 10.低蛋白血症 医师签名: 张统仪 2024年7月1日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元（大写: 壹万伍仟元） 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2024年7月8日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 姜晓红 2024年7月15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: 豆 性别: 女 年龄: 11岁
病种: 尿毒症5期 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心儿童医院

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), 将作为豆 的治疗费用。

受助人 (监护人): 豆

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年 7月 16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: 豆 性别:女 年龄:10岁 科别: 内四病区(儿) 床号: 1 住院号:

诊 断:1. 慢性肾脏病5期 2. 代谢性酸中毒 3. 泌尿道感染 4. 急性上呼吸道感染 5. 低钙血症 6. 低钾血症 7. 低镁血症 8. 低钠血症 9. 重度贫血 10. 低蛋白血症 11. 维生素D缺乏 12. 神经源性膀胱 13. 肾盂积水（双侧） 14. 输尿管扩张（双侧） 15. 血液透析状态

医嘱及建议: 患儿于2024-06-17至今在我院内四病区（肾内科）住院治疗。

医师签名: 邓会英 / 邓会英 / 邓会英 / 周秋月
日期: 2024-07-02 16:42:06

- 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。



家庭成员照片	
	
姓名: 何	姓名: 何
	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名: 何	姓名: 何

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
已复核	吕光耀	2023.06.16
已复核	吕光耀	2024.07.12

户主姓名	性别	男性
出生年月	2011-07-09	民族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口
居住地址	广东省湛江市	4人
户籍地址	广东省湛江市	
低保资金 发放账号		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	何	本人	0
	何	父母	1436
	何	父母	297
	何	兄弟姐妹	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:

