

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: 2024381

申请日期: 2024年 5月21日

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                         | 姓名                                                                                                                                                                           |   | 性别                                           | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                 | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                                              | 张                                                                                                                                                                            |   | 女                                            | 2014.10                         |                                 |                                 | 广东梅州                       |                                                                  |
|                                                                                                              | 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                                                             |
|                                                                                                              | 尿毒症5期                                                                                                                                                                        |   | 南方医科大学珠江医院                                   | 2023.12<br>2020.4               | 20万左右                           |                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                                              | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45 % | <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 | 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                                                                                                                                                                           | 张 | 35                                           | 较差                              |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                              | 母亲                                                                                                                                                                           |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 申请救助理由（请详细描述）                                                                                                | 1、抚养18岁以下儿童 2 名；                                                                                                                                                             |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                              | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 10000 元                                                                                                                                                      |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                                         | 3、固定资产： / 套房子； / 辆摩托车； / 辆小车                                                                                                                                                 |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                              | 4、家庭困难类型：<br><input checked="" type="checkbox"/> 对居委开具困难证明； <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 |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 单亲爸爸，小孩长期慢，本人无工作，且身体健康较差。在2020年4月份左右因检查出神经源性膀胱导致尿毒症，前后住院用了三十多万。现在在南方医科大学珠江医院进行肾移植手术。家里还有一个小孩要养实在难以承担张 接下来的费用 |                                                                                                                                                                              |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 张 2024年 5月21日                                                                        |                                                                                                                                                                              |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                                         | 疾病诊断及治疗（费用）： 患者因“慢性肾脏病5期”于2024年5月20日在我院行肾移植手术，术后移植肾恢复良好，目前病情稳定。预计总费用有20万左右                                                                                                   |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                              | 医师签名: 陈国豪 2024年 5月23日                                                                                                                                                        |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                              | 医院意见（盖章）：<br>建议给予医疗救助金 ¥3000 元（大写： 叁 万 仟 佰 拾 元 角 分）<br>负责人签名: 陈国豪 2024年 6月5日                                                                                                 |   |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见：<br>同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写： 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分）<br>负责人签名: 姜晓红 2024年 7月22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: 张 [redacted] 性别: 女 年龄: 9  
病种: "肾移植后抗排斥" 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年7月23日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：张 科室：器官移植中心病区 床号： ID号： 住院号：

|                                                                                                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 科别：器官移植中心病区                                                                                                                              | 入院日期：2024年05月19日 |
| <p>检查结果：</p> <p>诊断意见：1. 慢性肾脏病5期 2. 神经源性膀胱</p> <p>处理意见：于2024年5月19日入院，2024年5月20日行肾移植术，目前仍需继续住院治疗</p> <p>医生签名：廖国荣</p> <p>日期：2024年05月21日</p> |                  |

签发单位：（盖章）





