

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: 2024411

申请日期: 2024年6月26日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王	女	2009.3.15			贵州省安顺市	
	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
	慢性肾脏病5期	珠江医院	2023.5	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 75%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 0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	
	父亲	王	49岁	良好		
	母亲	李	44岁	良好		

申请救助理由(请详细描述)	患儿王 在2023年5月确诊慢性肾脏病5期,治疗了一年花费了十几万,现在刚移植,费用需要好几十万,如今住院都是借的,后续治疗康复无力承担,我们夫妻平时打零工,现在失去收入,陷入困境。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2024年6月26日
---------------	--

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患者因慢性肾脏病5期于我院行肾移植术,术后住院治疗,预计花费约20万元左右。
	医师签名:	唐同军 2024年6月26日
	医院意见(盖章):	 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 三万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 唐同军 年 月 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: 高晓红 2024年7月29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: 王 性别: 女 年龄: 15

病种: 慢性肾衰竭5期(尿毒症) 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), 将作为王 的治疗费用。

受助人(监护人): 李

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8月6日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：王 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06月19日 出院日期：2024年07月03日
-------------	--------------------------------------

检查结果：
见出院小结

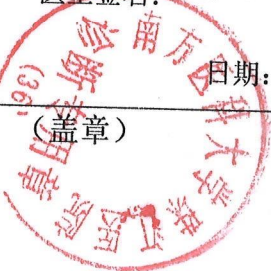
诊断意见：
1. 慢性肾脏病5期；2. 尿毒症性心肌病；3. 继发性肾源性甲状旁腺功能亢进；4. 慢性肾脏病5期贫血；
5. 肾性骨病；6. 高磷血症；7. 高尿酸血症；8. 腹膜透析
处理意见：

1. 规律口服药物抗排斥治疗，严格遵医嘱服药。2. 坚持运动，优质蛋白饮食。3. 避免人群聚集，家庭环境多通风，避免接触粉尘。4. 定期复查血常规、生化、尿常规、尿微量白蛋白、血药浓度等。5. 如有不适，及时就诊。

医生签名：刘永光

日期：2024年07月03日

签发单位：（盖章）



证 明

兹有 [REDACTED] 王 [REDACTED] 女，身份证号码：

[REDACTED] 系 [REDACTED] 农村最低生活保障对象。

特此证明



