

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: 2024417

申请日期: 2024 年 7 月 8 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	男	2024.6.5			广东肇庆	
	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
	早产儿	广东省第二人民医院	2024 6月5日	20万元			☐ 是 ☒ 否
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 24000 元 3、固定资产: 0 套房子; 2 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 李	43	良好		
	母亲 魏	33	良好		

申请救助理由（请详细描述）

本人谢 是患儿 的妈妈，一家5口，家中劳动力只有1人，患儿父亲每月收入2400元，由于自然灾害及本人身体需要长期调理等原因，导致 早产医生预计还需要住院2个多月，治疗费用为20万元，本人家庭经济较为困难特此向基金会申请救助：

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 谢 2024 年 7 月 8 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：
早产儿、新生儿呼吸窘迫综合征、极低体重儿。 预计费用：120000.00元-200000.00元。

医师签名: 22. 2024 年 7 月 11 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写：壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）

负责人签名: 2024 年 7 月 16 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写：壹万 伍 仟 一 佰 一 拾 元 零 角 零 分）

负责人签名: 2024 年 8 月 5 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: 李 性别: 男 年龄: 1
病种: 新生儿早产并发症 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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

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7日

广东省第二人民医院

诊断证明书 证字第

姓名	李	性别	男	年龄	D2	科别	儿科	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	----	-----	--

病史及简要诊疗工作：

患者因“胎龄28+6周，生后呼吸急促1天。”于2024-06-07在我院住院治疗。

诊断意见：

1. 极低出生体重儿 2. 早产儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 出生窒息 5. 新生儿败血症 6. 卵圆孔未闭 7. 早产儿视网膜病 8. 支气管肺发育不良 9. 新生儿贫血

处理意见：

住院治疗。

广东省第二人民医院
诊断证明
医师：专用章
2024年 07月 11日

证明

兹证明谢为黎居民，身份证号

为黎家中共5口人，人员组成为本人谢、本人丈夫李、大女儿李、二女儿李、小儿子李

家庭主要收入来源为本人丈夫从事保安一职，月收入2400元，

现因家庭成员李早产，在广东省第二人民医院NICU住保温箱

保育治疗，治疗费用约16-17万元，家庭经济困难，不能承担医疗

费用。

特此证明

村委会（居委会）盖章：



经办人签字：李

联系电话：黎

2024年7月4日

