

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: 2024434

申请日期: 2024年 7月23日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓		女	2011.10.8			广东省河源市	
	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
	尿毒症		南方医科大学珠江医院	2022.8	20万			☐ 是 ☒ 否
	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	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 <u>2</u> 名;		
	父亲	邓	43	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>10000</u> 元		
	母亲	邱	42	甲元		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)		因为家里2个小孩均患先天性尿毒症,治疗周期长,治疗费用昂贵,远超过家庭收入,小儿邓 因肾移植后出现排斥,肝功能也出现问题,大女儿邓 因没钱错过最佳治疗,引发并发症,行动不便,生活不能自理,故不想错过小女儿的最佳治疗时期,所以发起申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邱 2024年 7月23日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 肾移植治疗, 后期20万左右。 慢性肾功能衰竭, 不适合长期。 费用 术前术后 医师签名: 2024年 7月23日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: ____万____仟____佰____拾____元____角____分) 负责人签名: 2024年 月 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年 8月12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: 邓 [redacted] 性别: 女 年龄: 12
病种: 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), 将作为邓 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [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8月14日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：邓

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11日

出院日期：2024年07月10日

检查结果：详见报告。

诊断意见：

1. 肾移植排斥；2. 肾移植后肾衰竭；3. 肝纤维化伴有肝硬化；4. 异体肾移植状态；5. 脾大；6. 低蛋白血症；7. 肾性贫血；8. 全血细胞减少；9. 肾性骨病；10. 低钾血症；11. 腹水；12. 盆腔积液

处理意见：1、继续当前免疫抑制治疗，恢复血液透析 2、合理作息、饮食，适当运动 3、出院后1周返院治疗

医生签名：

日期：2024年07月09日

签发单位：（盖章）



核发单位: 河源市源城区民政局
 发证日期: 2016年9月22日
 户主姓名: 邓
 身份证号码: 邓
 低保证编号: 邓

户主姓名	邓		性别	男
出生年月	1982年11月		职业	
医保卡号			家庭人口	4
居住地址				
户籍地	河源市 县(市、区) (街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	邓	妻子		
	邓	女儿		
	邓	女儿		

家庭成员照片



姓名: 邓	姓名: 邓	姓名: 邓
核发单位盖章	核发单位盖章	核发单位盖章
注明: (此处贴小一寸照片)	注明: (此处贴小一寸照片)	注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:

年度审核登记

经审核，该户享受最低生活保
障救助，有效期从2023年11月至
2024年5月止。

河源市源城区民政局
2023-11-6

年度审核登记

经审核，该户享受最低生活保
障救助，有效期从2024年6月至
2025年1月止。

河源市源城区民政局
2024-7-3

