

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: 2024498

申请日期: 2024 年 9 月 1 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	马		女	2024.6.13			青海	
	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
	新生儿的呼吸窘迫 新生儿持续性肺动脉高压 压.新生儿心包积液		广州市妇女儿童 医院.新生儿中心	2024年6月 20日.	195000元			☐ 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 50 %	☐ 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			
	父 亲	马	33	健康				
	母 亲	马	33	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>25000</u> 元 3、固定资产: <u>1</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） 在广州剖腹产下孩子，孩子生下来呼吸困难被送到保温箱里，观察2天后，医生说情况不好，他们没有更先进的设备，让我们转到广州妇女儿童医院，到了增城医院查出孩子肺动脉高压，肺出血，重症肺炎等等，给孩子父亲打电话过去说那么小花了那么多，他不管，他说他没钱，让我自己去借，没办法我借了他舅舅的3万块钱，两万拿了给孩子的押金，一万是我跟孩子舅舅借的，费用，预计20万费用，我给别人借不了多少，在重症监护室里一天的费用不少，他的父亲跟医院失信，电话都不接。但终于熬到孩子病情好转了，医生说可以出院，去结算押金不算还差五万块钱。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 马 2024 年 9 月 1 日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1.新生儿的呼吸窘迫 2.新生儿持续性肺动脉高压 3.新生儿心包积液 4.气胸(左侧) 5.肺出血 6.重症肺炎 7.新生儿休克 8.毛细血管瘤渗漏综合 征 目前总费用: 185000元 已交押金: 20000元 医师签名: 陈珊 2024 年 9 月 1 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰 万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2024 年 9 月 3 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 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 马 2024 年 9 月 9 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: 马 性别: 女 年龄: 2个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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），将作为马 的治疗费用。

受助人（监护人）: 马

电 话: 13822279353

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: 2021年9月12日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 马 性别: 女 年龄: 2天1小科别: 新生儿科病区 床号 住院号
时30分 (增)

诊断: 1. 新生儿的呼吸窘迫 2. 新生儿持续性肺动脉高压 3. 新生儿心包积液 4. 起源于围生期的气胸（左侧） 5. 起源于围生期的肺出血 6. 重症肺炎 7. 新生儿休克 8. 毛细血管渗漏综合征 9. 动脉导管未闭（已关闭） 10. 新生儿喂养问题 11. 新生儿胃食管反流 12. 中央型房间隔缺损（卵圆孔型） 13. 新生儿贫血

医嘱及建议: 患儿于2024-06-15至今在我院新生儿科病区（增）住院诊治。



肖淑/

日期: 2024年08月29日 15:00:00

- 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。

家庭情况说明

兹有患儿马，患新发罕见病疾病，性别女，年龄2月岁，是青海省（区、市）西宁市（州） 县（区） 乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：马，母亲：马）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：马 身份证号：

患儿母亲：马 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2024年8月27日



