

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: 2024521

申请日期: 2024年5月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2015.10.11			四川.广安	
	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
	脊髓性肌萎缩症		中山大学附属第一医院	2017年5月	30万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 脑瘫 二级
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 0 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	张	38	良		
	母亲	邱	36	良		

申请救助理由(请详细描述):

2个孩子都是SMA患者,没有人帮忙,家里爷爷奶奶年纪已大,有70岁了,身体不好有慢性疾病,长年吃药,2个孩子都是妈妈照顾,上学也需要人陪读,孩子2017年确诊,这些年一直是妈妈照顾,因为照顾孩子,也没能上班挣钱,一直都是孩子爸爸挣钱,2个孩子每年用药,康复和定制辅具的费用都不少,老家尤其对于辅具也是没有补贴,全靠自费,2个孩子用于治疗这块的费用每年都超过家庭收入,本人保证上述情况完全真实,收入的60%以上。

申请人签名: 张 2023年5月30日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	
	患者每年治疗费用约3.52万,住院约3.23万。	
	医师签名: 廖俊 2024年6月11日	
医院意见(盖章): 情况属实,请求救助为盼		
建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 元 零 角 分)		
负责人签名: 梅明 2024年6月11日		

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 元 零 角 分)

负责人签名: 姜晓红 2024年8月26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: 男 年龄: 8
病种: 进行性脊髓肌萎缩症 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币 贰万伍仟元整), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邱 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月3日



中山大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 张

科别: 儿科ICU

床号:

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 张

性别: 男

年龄: 8岁

出院科别: 儿科ICU

住院号:

入院日期: 2024年05月30日 出院日期: 2024年05月31日

出院诊断: 1. 脊髓性肌萎缩(II型), 2. 脊柱侧弯(轻度), 3. 通气功能障碍(限制性, 轻度), 4. 左室扩大, 5. 二尖瓣关闭不全(局限)

入院情况及诊疗经过: 双下肢乏力6年余入院。诊断“脊髓性肌萎缩症”明确, 无禁忌症, 予鞘注诺西那生钠5ml(12mg), 查脑脊液常规、生化未见异常。腰穿后一般情况可。

医师: 梁迪 / 张超杰

2024年06月11日



低保家庭情况证明

兹有[姓名]且张[姓名]一家伍人为广安市[姓名]在册农村低保对象（自 2018 年 6 月开始享受农村低保待遇）。

姓名	性别	与户主关系	身份证号码
张[姓名]	男	户主	[身份证号码]
刘[姓名]	女	配偶	[身份证号码]
张[姓名]	男	子	[身份证号码]
张[姓名]	女	孙子、孙女或外孙子、外孙女	[身份证号码]
张[姓名]	男	孙子、孙女或外孙子、外孙女	[身份证号码]

情况属实，特此证明。

广安市广安区白市镇民政所
2024年5月13日

