

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: 2025085

申请日期: 2025年02月07日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁	女	2018年11月15日			广东省清远市	
	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
	雷特综合征、呼吸衰竭、癫痫	广州市妇女儿童医疗中心	2020年	20万元			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 二
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	

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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 12000 元 3、固定资产: 1 套房子; 无 辆摩托车; 无 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 梁	44	良		
	母亲 祝	41	良		

申请救助理由(请详细描述):

本人大女儿在2015年突患白血病,于2016年病逝,治病期间花光积蓄并欠下30多万债务,小女儿铃铃在1岁左右发现发育迟缓后确诊为雷特综合征,长期在做康复治疗。最近两年铃铃因肺炎、呼吸衰竭频繁进ICU治疗,最近一次因伴随癫痫发作,已在ICU治疗3个多月还没痊愈,本人也因家庭原因无法正常正作,收入有限,但我们仍尽能力积极治疗,为她争取一丝希望

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 梁 2025年02月07日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.雷特综合征 4.癫痫 患儿现予有创呼吸机辅助呼吸及抗惊厥药物等对症处理,预计20万元 近期治疗费用20万
	医师签名:	陈莹 2025年2月10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: 何端雯 2025年2月11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: 何端雯 2025年2月18日

秘书处



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:	梁	性别:	女	年龄:	6岁
病种:	雷特综合征 呼吸衰竭 癫痫	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），将作为梁 的治疗费用。

受助人（监护人）: 梁

电 话:

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: 2015年2月18日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 梁 性别: 女 年龄: 6岁 科别: 儿-PICU2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 雷特综合征 4. 癫痫

医嘱及建议: 患儿因上述疾病20241220至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 杨镒宇 /

日期: 2025-02-10 15:21:35



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。

户主姓名	梁		性别	男
出生年月	1981年8月		职业	
医保卡号			家庭人口	3
居住地址				
户籍地	清远市 县(市、区) 乡镇(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
	祝	配偶		
	梁	女儿		

-2-

家庭成员照片

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

-3-

年度审核登记

梁:

经审核, 你户人口3人,
从2021年1月起按月人均807元,
共计2421元发给你户低保金。



有效期至2022年1月

-4-

年度审核登记

梁:

经审核, 你户人口3人,
从2025年1月起按月人均913元
共计2739元发给你户低保金。

经办人: 
 2025年2月10日
 社区建设办公室

-5-

