

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: 2025222

申请日期: 2025 年 4 月 15 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	杨		男	2025.3.6			湖南省沅陵县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	皮-罗综合征		广州儿童医院(增城医)	2025.4.10	10万左右		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55 %	☐ 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 <u>1</u> 名;	
	父亲	杨	34	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>7万</u> 元	
	母亲	徐	31	二型糖尿病		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车	
申请救助理由(请详细描述)		我们家庭三人,必须赡养双方父母(都接近60岁)家中孩子、孩子正向村中申请低保。重大开支:2024年患者母亲患有二型糖尿病时怀孕,因医院诊断有先天胎产子负兆,和血糖高问题,在深圳住院与租用胰岛素控制血糖;(当时因须要照顾患者母亲辞工)在深圳住两个月因生活经济压力,回到住院与租用胰岛素控制血糖;(当时因须要照顾患者母亲辞工)在南宁,桂林医院保胎与控制血糖。(当时患者父亲因患者母亲母亲家中待产,孕中期因患者母亲宫颈短,在南宁,桂林医院保胎与控制血糖。(当时患者父亲因患者母亲使院工作二个月回到家中医院照顾)。生产时,患者因有肺炎住新生儿科、患者母亲因剖宫产导致脂肪液化,二次住院、因患者与患者母亲多次住院与生医已花去十几万,导致生活经济困难,现患者须要住院的医疗费用,特申请救助。(之前的车已在4月卖了,住院1万的押金向朋友借的) 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2025 年 4 月 15 日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.皮-罗综合征. 2.胆裂. 3.上呼吸道阻力综合征. 约下/诺哥李张或哥书. 总费用约10万元左右.						
	医师签名: 2025 年 4 月 24 日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹 万 一 千 一 佰 一 拾 元 一 角 一 分) 负责人签名: 何靖皮 慈善基金审批专用章 2025 年 4 月 27 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元(大写: 壹 万 一 千 一 佰 一 拾 一 元 一 角 一 分) 负责人签名: 孙翰涛 2025 年 5 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: 杨 性别: 男 年龄: 2月龄
病种: 梭罗综合征 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城院)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为杨 的治疗费用。

受助人(监护人): 杨

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

周基明

13822279353

2025年5月13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：杨 性别：男 年龄：1月 科别：增-PICU2组 床号： 住院号：

诊断：1. 皮-罗综合征 2. 腭裂 3. 上气道阻力综合征 4. 重症肺炎 5. 呼吸衰竭

医嘱及建议：患儿于2025. 04. 10至今于我院增-PICU2组住院治疗。

医师签名：刘柏明

日期：2025-04-14 15:52:32

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 杨，患 皮罗综合证 疾病，性别 男，年龄 1个月 岁，是 湖南 省（区、市）怀化市（州）沅陵 县（区） 乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：杨，母亲：张）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：杨 身份证号

患儿母亲：张 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：天都坪村委会

经办人及联系电话：

2025年4月21日



