

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: 2025244

申请日期: 2025年 5月 6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	谢	女	2020.7.		东莞市		
	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
	脓毒血症	东莞市妇幼保健院	2025.4.17	150000			☐ 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 %	☐ 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 43名;		
	父亲 谢	43	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 110000 元		
	母亲 叶	40	良好		3、固定资产: 1套房子; 1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		
申请救助理由(请详细描述)	由于七位院费用巨大, 个人家庭经济困难, 现申请救助, 预计至须费用五万, 因个人养有4个小孩, 经济的确困难, 才申请基金救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2025年 5月 6日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 心脏停搏复苏成功 2. 脓毒血症 3. 重症肺炎 4. 呼吸衰竭 5. 多脏器损伤 6. 惊厥 预计费用15万元 医师签名: 余 2025年 5月 6日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万五千元 拾一元一角一分) 负责人签名: 叶 2025年 5月 7日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万零整 仟 一佰 拾 一元 角 一分) 负责人签名: 林 2025年 5月 19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: 謝 [redacted] 性别: 女 年龄: 4
病种: 腺病毒血症 治疗医院: 广州市妇女儿童医院

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), 将作为謝 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 謝 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 1382279353

日 期: 2015年5月20日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：谢 性别：女 年龄：4岁 科别：珠-PICU2组 床号： 住院号：

诊断：

1. 心脏停搏复苏成功 2. 脓毒血症 3. 重症肺炎 4. 呼吸衰竭 5. 多脏器损伤(脑、肝、心脏、肾脏) 6. 惊厥

医嘱及建议：患儿2025-04-19至今我院PICU住院治疗。

医师签名：李满男
日期：2025年4月19日 03:38
诊断证明专用章
(2)
GUANGZHOU WOMEN'S CHILDREN'S MEDICAL CENTER
P. R. CHINA

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 谢 患 腺垂体瘤 疾病，性别 女，年龄 5 岁，是 广东 省（区、市）高州市 市（州）潘头 县（区）潘头 乡镇（街道）六甲 村民小组（居委会），（父亲：谢 母亲：叶 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：谢 身份证号：

患儿母亲：叶 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



