

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: 2025592

申请日期: 2025年10月23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	男	2024年11月			贵州有普县	
	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
	Alagille综合征	中山大学附属第一医院	2025年6月4日	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 45%	☐ 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;		
	父亲 李	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 15000 元		
	母亲 刘	32	健康		3、固定资产: 无 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		
申请救助理由(请详细描述)	因近年来家里连续受到重大疾病,哥哥2024年白血病花40万治疗,放化疗,爷爷奶奶也心,肺病靠药物治疗维持生命,家里的经济来源全靠父母做临时工支撑。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025年10月23日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿10月前诊断为Alagille综合征,经中山大学附属第一医院治疗,费用约20万元 医师签名: 陈伟明 2025年10月23日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3 万 一 仟 一 佰 一 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 陈伟明 2025年10月31日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零拾元零角零分) 负责人签名: 陈伟明 2025年10月10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: 李 性别: 男 年龄: 10个月
病种: 重度黄疸 Alogillie 综合征 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林信韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 11月12日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:李 性别:男 年龄:10月24天 科室:南院肝移植ICU 床号 住院号

姓名: 李	住院号	出生地: 广东省湛江市遂溪县(区)
性别: 男	年龄: 10月24天	科室: 南院肝移植ICU
入院日期: 2025-10-22		
入院诊断: Alagille综合征, 重度黄疸, 肝功能异常, 凝血功能异常, 中度贫血, 低白蛋白血症, 低钾血症, 单侧听力下降		
治疗意见: 患儿于2025年10月23日行“全肝切除、劈离式肝移植术”, 继续住院治疗。		
记录日期: 2025-10-24 11:31		医生: 钟俊芳



经济困难证明

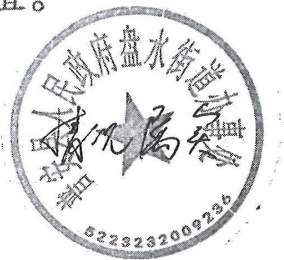
兹有我村辖区村民：李 (身份证号：
现居住于贵州省普安县河边村
该户为盘水街道突发严重困难户。

该村民家庭经济状况如下，符合经济困难认定标准：

1.家庭主要收入来源为其父母在外务工，家中劳动力其父亲与母亲 2025 年初至今为照顾生病的李 未外出打工，家庭收入停滞，因病负债截止目前约 40 万元。

2.家庭存在特殊困难情况：李 在满 6 个月后经确诊阿拉杰里综合症；2025 年初至今医疗支出约 40 万元。

上述情况属实，特此证明，以协助李 办理医疗救助相关事宜。



证明单位 (盖章)：盘水街道河边村民委员会

联系电话：李 ()

日期：2025 年 10 月 14 日

