

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: 2025613

申请日期: 2025年11月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓		女	2025.10.16			湖南	
	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
	早产肺部发育不良		广东省第二人民医院	2025.10.16	15万			☐ 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 65 %	☐ 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			
	父亲	邓	37	一般				
	母亲	肖	35	一般				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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）: 患儿父母早逝，母亲患有糖尿病，需长期服药控制病情。母亲于今年6月突发脑梗，经检查确诊为脑梗死，术后又查出感染弥漫大B细胞淋巴瘤，虽已通过国家医保申请为低保边缘户，但现有每月高额的治疗费用与营养开支仍让家庭不堪重负，如今两个早产女儿的肺部发育不良，感染要在医院治疗二、三个月需要二、三十万的治疗费用无法承担，现需要基金会援助，感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 肖 2025年11月7日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 目前诊断为: 1. 早产儿 2. 极低出生体重儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 凝血功能异常 5. 双胎之一 6. 新生儿高胆红素血症 目前费用: 74364.81 医师签名: 梁剑 2025年11月11日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025年11月11日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>15,000.00</u> 元（大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 周其明 2025年11月17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: 邓 性别: 女 年龄: 28+3周

病种: 早产肺部发育不良 治疗医院: 广东第二人民医院

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), 将作为邓 的治疗费用。

受助人 (监护人): 肖

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

林伟的

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 11 月 19 日

广东省第二人民医院

诊断证明书 证字第

姓名	邓	性别	女	年龄	D0	科别	新生儿病区	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：
患者因“出生胎龄28+3周，生后呼吸急促56分钟。”于2025-10-16在我院住院治疗。

诊断意见：
1. 早产儿(孕期等于或大于28整周, 但小于32整周) 2. 极低出生体重儿(1000-1249g) 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 凝血功能异常 5. 双胎之小 6. 新生儿高胆红素血症

处理意见：
住院治疗

广东省第二人民医院

医师: 

2025年 11月 05日

证明

兹证明 邓 为 宁远 县 村居民，身份证号 为 ，家中共 5 口人，人员组成为 父亲母亲俩大夫，家庭主要收入来源为 丈夫打零工 摆地摊，现因家庭成员 邓 患 早产 肺部分气破 病导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。

特此证明



村委会（居委会）盖章：

经办人签字：

联系电话：

2025 年 10 月 30 日

