

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: 2025628

申请日期: 2025年11月14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	2025.03.22			广东省普宁市南溪镇	
	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
	出生极低体重婴儿、早产儿、肺部发育不成熟-慢肺	广州市妇女儿童医院	2025年9月30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 ☐ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险					

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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>≈36000</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
	父亲 杨	38 男	抑郁		
	母亲 林	37	焦虑		

申请救助理由(请详细描述):

重症患儿杨, 于2025.3月份孕周27+4早产, 剖腹产, 随即转儿科抢救, 后续重症不见好转, 转上级医院(深圳市儿童医院)两个医院同样都治疗了两个月时间, 有创、无创呼吸机24小时轮流上。一度病情危急, 经深圳儿童医院再度申请转上级医院(广州市妇女儿童医院)重症NICU持续治疗, 截止2025.9.15已住院两个月。医院已在催收费用(押金仅缴纳一万)抗病半年, 经济困难。本人保证上述情况完全真实。特向广东公益恤孤助学促进会求助, 望领导批准。

申请人签名: 木木 2025年 9 月 15 日 好人一生平安!!!

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	慢性支气管炎发育不良; 支气管狭窄; 早产视网膜病
	医师签名:	士林 2025年 11 月 14 日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟——佰——拾——元——角——分)	
	负责人签名: 阿靖度	2025年 11 月 17 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥15000.00 元 (大写: 壹万伍仟零——拾——元——角——分)

负责人签名: 阿靖度 2025年 11 月 24 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:	楊	性别:	男	年龄:	8个月
病种:	慢性支气管炎肺炎				
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 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为杨 的治疗费用。

受助人（监护人）: 林

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 11 月 25 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: 杨 性别:男 年龄:6月 科别:儿-NICU1组 床号 住院号

诊 断:1.起源于围生期的支气管肺发育不良 2.支气管狭窄 3.胃食管反流 4.早产儿视网膜病 5.血管瘤 6.支气管软化 7.中央型房间隔缺损(卵圆孔型)

医嘱及建议: 患儿2025.9.30至今在我院儿童NICU住院治疗。仅用于申请基因使用。

医师签名: 2025/11/14

日 期:2025.11.14

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。



家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民 林 身份证号 ，家庭住址 广东省普宁市南溪镇，家庭人口共 4 人，家庭年收入约为 36000 元，人均年收入 9000 元，其家庭于我辖区（☒有 ☐无）住房，家庭经济困难。其子/女

林（患儿姓名），身份证号 患有 早产婴儿，肺部发育不成熟（疾病名称），目前在 广州市妇女儿童医疗中心（儿童院区）（治疗医院）接受治疗。以上所述属实。
一直用着呼吸机 重症NICU

村委会/居委会

电话：

日期：2025. 9. 15

