

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: 2025681

申请日期: 2025年12月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	莫		男	2020年7月18日			广东省广州市增城区	
	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
	脓毒性休克 重症肺炎 呼吸衰竭		增城保健院	2025.11.24	10万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>50</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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>2</u> 名;			
	父亲 莫	37	好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>15-35</u> 元			
	母亲 廖	36	好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车			
					4、家庭困难类型: <u>2辆非动车</u> ☒ 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）	我的孩子因重症入ICU，无法支付高费用，家庭经济困难，屋企收入低 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 廖 2025年12月2日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 脓毒性休克, 2. 重症肺炎, 3. 呼吸衰竭, 4. 电解质紊乱, 5. 肺动脉高压危象。 治疗: 呼吸机支持, 液体复苏, 抗生素治疗。 费用: 10万元。 医师签名: 郭晓龙 2025年12月2日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何瑞雯 2025年12月3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 分) 负责人签名: 孙海峰 2025年12月15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: 莫 [redacted] 性别: 男 年龄: 5
病种: 休克, 肺动脉高压, 呼吸衰竭, 呼吸窘迫 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (增城院区)

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), 将作为莫 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 巫 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 林作福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月17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: 莫 性别: 男 年龄: 5岁 科别: 增-PICU2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 脓毒性休克 2. 重症肺炎 3. 呼吸衰竭 4. 电解质紊乱 5. 肺动脉高压危象。

医嘱及建议: 患儿2025. 11. 24至2025. 12. 02于我院增城院区PICU2组住院治疗

医师签名: 赵弘 / 姜明伦 /

日期: 2025年12月02日 14:00:00

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

兹有患儿莫，患休克，肺动脉高压，呼吸衰竭疾病，性别男，年龄5岁，是广东省广州市增城区朱村街道）丹邱村民委员会，（父亲：莫 母亲：巫 村民的儿子。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：莫 身份证号

患儿母亲：巫 身份证号

以上所述情况属实，特此说明。

村委会地址：广东省广州市增城区朱村街丹邱村民委员会

村（居）委会经办人签字：巫

联系电话：（盖章）

2025年11月25日

