

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: 2025694

申请日期: 2025年12月9日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	周		男	2021.10.19			湖南省湘乡
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	11楼高坠		广州妇女儿童医疗中心增城院区	2025.11.13	10万		
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 55%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无	是否残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话		
	父亲	周	35	一般			
	母亲	/	/	/	/		
<p>1、抚养18岁以下儿童 2 名;</p> <p>2、家庭年收入(不含政府补贴) 36000 元</p> <p>3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车</p> <p>4、家庭困难类型:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/>街镇开具困难证明;</p> <p><input type="checkbox"/>困境儿童证明; <input type="checkbox"/>低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明</p>							
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人周 患者大儿子周 在2025年11月13日意外从11楼坠落。孩子母亲在生下小儿子后,出走至今未归,一直联系不上。本人独自抚养两个儿子,没有正式工作,靠打零工维持生计。现在为照顾大儿子,无法工作,没有了收入来源,小儿子目前寄养在老家。现因家庭经济困难,难以承担巨额的医疗费用,现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 周 2025年12月9日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 脑挫伤,颅骨和面骨多发骨折,胸椎多处骨折,肋骨骨折,肺挫伤,股骨骨折(左侧),肱骨骨折(右侧),气切造口状态。预计费用10万</p> <p>医师签名: 朱怡娴 2025年12月09日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2025年12月10日</p>						
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 周其明 2025年12月22日</p>						



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: 周 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 11楼高空坠落月面出血 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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月23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: 周 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-PICU1组 床号 住院号

诊断: 1. 脑挫伤(双侧额叶、颞叶) 2. 创伤性硬脑膜下血肿 3. 创伤性蛛网膜下腔出血 4. 颅骨和面骨多发性骨折(左侧额骨、上颌骨、筛骨及双侧鼻骨) 5. 创伤性鼻窦积血(双侧上颌窦、筛窦及右侧蝶窦) 6. 胸椎多处骨折 7. 肋骨骨折(右侧第7-8肋根) 8. 肺挫伤 9. 股骨骨折(右侧) 10. 尺骨远端骨折伴桡骨远端骨折(右侧) 11. 肱骨骨折(左侧) 12. 气管造口状态 13. 从高处跌落、跳下或被推下, 意图不确定的

医嘱及建议: 患儿2025. 11. 27至今于我院PICU(增)住院治疗。

医师签名: 梁州 / 汪卓 /

日期: 2025-12-09 15:28:42

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



周 家庭情况说明

兹有我社区常住居民周 男，汉族，身份证号码：

户籍地址为：湖南省湘乡市龙洞镇大田村

居住地址：南屏十二村

联系方式：

周 未婚生育有两个小孩，长子周 男，汉族，身份证号码：

次子周 在老家给父母养着，周 单亲家庭，

长子周 于11月13日发生意外，从11楼高楼意外坠下，在珠海治疗效果不佳，从中大五院转广州儿童医院就医做手术治疗。刚开始转院在广州ICU治疗，费用极高，现因周 要照顾受伤的儿子无法正常参加工作，无收入，生活非常困难。

一、周 因照顾受伤的儿子没有上班，工资收入每月约0元，生产经营收入0元，其他收入0元；

长女周 （关系：父子）：学龄前儿童，工资收入约0元，生产经营收入0元，其他收入0元；

儿子周 （关系：父子）：学龄前儿童，工资收入0元，生产经营收入0元，其他收入0元。

二、家庭资产状况如下：

房产0套，面积0平方；

汽车（经营性运输工具除外）0辆；

现金、存款等资产0元。

三、家庭基本情况：

该本人（周 ）承诺以上内容真实无误，如有不实，将承担相应法律后果。



