

## 广东公益恤孤助学促进会重病症童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025705

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	
	林林		女	2019.11.30			广东省兴宁市	
	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
	重症肺炎、重症急性呼吸衰竭		广州市第一人民医院	2025.11.14	10万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 60%	<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	残疾类型和级别:
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童____名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 固定资产: 五套房子; 五辆摩托车; 五辆小车		
	父亲	林	40	良好		1、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <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		
	母亲	陆	41	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	<p>兹有患者林 性别女，6岁于2025年11月14日至2025年11月25日在梅州市人民医院在重症医学科住院治疗，诊断是重症肺炎得性肺炎，重症急性呼吸衰竭，肺性脑病，呼吸困难，双侧胸腔积液，三尖瓣口狭窄(轻度)，自律性房性心动过速，电解紊乱，发育迟缓。没有好转，于2025年11月25日转入广州市妇女儿童医疗保健中心增城院区治疗，因昂贵费用负担不起，现需要治疗。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陆 2025年12月9日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.缺血缺氧性脑病后遗症 4.重度蛋白质-能量营养不良 5.慢性湿疹，待查 目前预计治疗费用10万元</p> <p>医师签名: 沈润 / 2025年12月9日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 何靖宇 2025年12月10日</p>							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
<p>同意救助 ¥ 15,000.00 元(大写: 壹万伍仟零佰零拾零元零角零分)</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: 林 性别: 女 年龄: 6  
病种: 重症肺炎 呼吸衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童增城院区

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), 将作为林 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: 林伟玲

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月15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: 材 性别:女 年龄:5岁 科别: 增-PICU1组 床号: 住院号:

诊 断:1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 缺血缺氧性脑病后遗症 4. 重度蛋白质-能量营养不良 5. 遗传性代谢病, 待查

医嘱及建议: 患儿于2025.11.25至今于我院PICU(增)住院治疗

医师签名: / /  
日 期: 2025-12-09 16:00:56

- 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

兹有患林 [REDACTED] 患重 度蛋白能量营养不良，缺血缺氧性脑病后遗症 疾病，性别：女，年龄 6 岁，是 广东 省 梅州市 兴宁市，黄陂镇 龙溪村 [REDACTED] 村民小组（父亲：林 [REDACTED] 母亲：陆 [REDACTED]）村民的女儿，因治疗费用较高，家庭收入较低。难于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：林 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]  
患儿母亲：陆 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]

以上所述情况属实，特此证明。

村委会地址：广东省梅州市兴宁市黄陂镇龙溪村 [REDACTED]

龙溪村经办人签字：[REDACTED]

联系电话：[REDACTED]

(盖章)

2025 年 12 月 3 日

