

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: 2025710

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	
	陈	女	2025年7月17日			江西省赣州市赣县区	
	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
	先天性心脏病、慢性湿疹、慢肺	广州医科大学附属妇幼保健医疗中心	2025年7月17日	30万元		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 <u>60.0</u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 14.5万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、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		
	父亲	陈	43	良好			
	母亲	黄	37	欠佳			
申请救助理由(请详细描述)	<p>1. 爱人陈 2021年因甲状腺癌进行了左颈甲状腺切除手术,且住院期间发现患有Ⅲ型糖尿病,出院后其身体状况一直欠佳,需长期服用促甲状腺功能和降血糖药品。</p> <p>2. 如上陈 子今年7月17日出生,出生第4周加5天,体重700克,为极早早产儿,后因长期鼻饲无法撤除而有创呼吸机。经院转广州医科大学附属妇幼保健医疗中心,诊断为慢肺患儿,至今已在NICU住院超过120天。目前情况已有所好转,预计一个月左右可以出院。目前医疗费用已花费39.4万(未报销前),总欠自负费用10.13万元。加上住院期间的其它开销,总费用将超过18万元。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。3. 可预见的情况:陈 自出生后一直在NICU治疗,其家庭经济情况将逐步改善,但医疗费用将随治疗增加。</p> <p>申请人签名: 陈 2025年12月2日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 1. 过渡期的支气管肺发育不良(分症) 2. 过敏性体质 3. 治疗费用未闭 4. 肺动脉高压 5. 小脑化脓性炎 6. 中枢神经系统感染(脑膜炎) 7. 营养性贫血 8. 营养不良 9. 慢肺 10. 肺部感染。总住院时间较长, 因此之差十万余元。预计总费用20万。</p> <p>医师签名: 陈 2025年12月11日</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元(大写: 二十万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 陈 2025年12月15日</p> <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: 陈 2025年12月19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:陈 性别:女 年龄:14岁2个月
病种:极早产、极低体重、慢性治疗医院:广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人(监护人): 陈

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 杨伟强

电 话: 18924052219

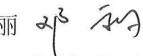
日 期: 2025年12月30日

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: 阮 性别:女 年龄:2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(重度) 2. 超低出生体重儿(750-999g) (700g) 3. 动脉导管未闭 4. 新生儿坏死性小肠结肠炎 5. 未成熟儿(孕期等于或大于24整周以上,但小于28整周) 6. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 7. 早产性贫血 8. 早产儿视网膜病 9. 重症肺炎(肺炎克雷伯) 10. 脑室扩张(双侧脑室增宽)

医嘱及建议: 患儿于2025-10-04至今在我院儿童院区新生儿重症监护病房NICU住院治疗, 特此证明。此证明仅用于申请基金会慈善救助基金。

医师签名: 邓丽 
日期: 2025-12-09 17:44:16

- 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 陈 (患儿姓名) , 身份证号

(无户口填“无”, 家庭住址: 鹤山市鹤城春天社区上林春天小区)

_____为我辖区居民(村民), 系我社区/村

低保户 精准扶贫户 建档立卡贫困户 残疾家庭 一般家庭 其他 _____; 现在 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

_____医院名称) 进行治疗, 目前已花费 29.4万 元, 医疗预算 340万 元, 家庭无力承担全部治疗费用, 现向广东公益恤孤助学促进会

(重症贫童救助项目) 申请医疗救助金。

(本证明只能用于患者申请 广东公益恤孤助学促进会 救助, 他用无效)

以上所述属实。



