

## 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: 2025724

申请日期: 2025年12月4日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陆	女	2025年11月27日	/		贵州省毕节市草兴镇	
	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
早产儿	广东省第二人民医院	2025年11月27日	13-15万	/	/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
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 _____ %	<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: <input checked="" type="checkbox"/>	
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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 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	陆	30	良好			
	母亲	文	35	欠佳			
申请救助理由(请详细描述)	因母亲高龄经产妇,妊娠期糖尿病,跟妊娠高血压,重度子痫前期,导致胎儿早产引产,出生体重极低,等等严重病症,住进了重症监护室,需要很多钱。由于家庭困难,难以支付医疗费用,孩子母亲身体不好,没有经济来源,只依靠父亲一个月4000多工资难以承受,家庭爷爷奶奶已经很老了,身体又不好,生活不能自理,妈妈要在家照顾。本人保证上述情况完全真实。						
	申请人签名: 陆 2025年12月4日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.早产儿 2.极低出生体重儿 3.新生儿呼吸窘迫综合征 4.新生儿呼吸衰竭 5.动脉导管未闭术 预估住院费用10万元。 医师签名: 杨济群 2025年12月8日						
	医院意见(盖章):						
	建议给予医疗救助金 ￥10000.00 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 杨济群 2025年12月11日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ￥25,000.00 元(大写: 贰万伍仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 梁海娟 2025年12月29日							



# 廣東公益恤孤助学促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 重症病童救助款收据

病童姓名:陆 性别:女 年龄:0岁1个月  
病种:新生儿早产极低体重 治疗医院:广东省第二人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为陆 的治疗费用。

受助人(监护人): 陆

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林伟高

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月31日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书 证字第

姓名	文	性别	女	年龄	D0	科别	新生儿病区	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	-------	-----	--

### 病史及简要诊疗工作：

患者因“胎龄31+2周，生后呼吸急促30分钟。”于2025-11-27在我院住院治疗。

### 诊断意见：

- 早产儿(孕期等于或大于28整周,但小于32整周)
- 极低出生体重儿(1000-1249g)
- 新生儿呼吸窘迫综合征
- 新生儿呼吸衰竭
- 动脉导管未闭
- 新生儿高胆红素血症

处理意见：患儿因上述疾病在我院住院治疗，特此证明！

广东省第二人民医院



## 证 明

兹证明陆 [REDACTED] 为贵州省黎平县肇兴镇堂华村居民，身份证号 [REDACTED] 家中共有 9 口人，人员组成为大爷、奶奶、父亲、母亲、弟弟、配偶、长女、次女，家庭主要收入来源为陆 [REDACTED] 工地零工，现因家庭成员陆 [REDACTED] 患新生儿早产病导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。

特此证明

村委会(居委会)盖章:

经办人签字: [REDACTED]

联系电话

2025年12月6日

