

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: 2026002

申请日期: 2024年11月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	唐		女	2022.1.20			广西	
	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
	缺血缺氧性脑部		中山大学孙逸仙纪念医院	2024.4.24	50万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 智力二级
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型: ☐ 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		
	父亲	唐	36	健康良好				
	母亲	郑	36	良好				
申请救助理由(请详细描述)		因我女儿在2024.4.24日在老家车祸溺水导致的缺血缺氧性脑部, 出身以来一直在做治疗, 故家庭支出陷入两难. 家里孩子还小, 老人年纪已大, 没有收入. 孩子爸爸在家里照顾家庭, 无法外出务工, 故申请这笔补助. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 郑 2025年11月28日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		结合患儿临床表现和辅助检查结果, 诊断为“缺血缺氧性脑病后遗症期、继发性癫痫、双眼视神经损伤、心肺复苏术后、铁代谢紊乱”, 现需长期住院治疗.					
	医院意见(盖章):		医师签名:		2025年11月28日			
	建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3 万 仟 佰 拾 元 角 分)		负责人签名:		2025年12月1日			
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹 万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙钢洋 2025年12月29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: 唐 性别: 女 年龄: 3岁11个月
病种: 缺血缺氧性脑病 治疗医院: 孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款10,000元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为唐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐 (章)
电 话:
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):
电 话:
经办人: 林作平
电 话: 18924052214
日 期: 2018年1月4日

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:唐 性别:女 年龄:3岁10月1天 科室:儿科四区 床号 住院号:

姓名:唐	住院号:	出生地:广东省湛江市雷州县(区)
性别:女	年龄:3岁10月1天	科室:儿科四区
入院日期:2025-11-21		出院日期:2025-12-01
出院诊断:1、缺氧缺血性脑病后遗症期;2、缺铁性贫血;3、EB病毒感染;4、继发性癫痫; 5、双眼视神经损伤;6、心肺复苏术后;7、脑性瘫痪;		
治疗意见:详见出院小结。		
记录日期:2025-12-01 10:51		医生:李甘



证明

兹证明 唐 (身份证号码:)

家庭住址: 广西平南县东华乡

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2024年12月01日

该证明开具日期为2025年09月05日, 自开具日期起有效期
为6个月。

东华镇人民政府 (盖章)

2025年09月05日



