

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：2026028

申请日期：2025年12月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓		男	2022.04.07			湖北省咸宁市	
	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
	缺血缺氧脑病 重度颅脑损伤		孙逸仙记 急医院(南院)	2024.9.6	30万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和 级别：智力一级 运动一级
	购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 50_%	☐ 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：2.4万 2、家庭年收入（不含政府补贴）____元 3、固定资产：1套房子；0辆摩托车；0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	邓	37	一般		
	母亲	柳	34	正常		

申请救助理由（请详细描述）	孩子生病前爸爸以帮别人开小货车为生，妈妈在家带娃，孩子的爷爷2016年因骑摩托摔到头部，头部做手术去了一边，导致三级残疾，一直需要人照顾，奶奶也有子宫癌，高血糖，高血压，肺结核。孩子生病已经有15个月了，一直在医院治疗，现在还是昏迷状态，重度颅脑损伤，有癫痫，生病后父母都在医院照顾，没有收入，已经负债累累，借钱都借不到了，万分请求领导关照可怜的孩子。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：邓 2025年12月5日
---------------	--

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿邓 诊断“溺水后缺氧缺血性脑病，意识障碍，继发性癫痫”明确，现需定期住院予药物及康复治疗。预估治疗费用约30万元。	
	医师签名：李 2025年12月08日	
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金¥3万元（大写：3万一千一百一拾一元一角一分） 负责人签名：林伟峰 2025年12月8日	

广东公益恤孤助学促进会意见：	
同意救助 ¥25,000.00元（大写：贰万伍仟零元整）	
负责人签名：李 2026年1月12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: 邓 性别: 男 年龄: 3.5 岁

病种: 缺血缺氧脑病 治疗医院: 孙逸仙纪念医院
癫痫 - 重度颅脑损伤

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

受助人 (监护人): 邓

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林书韵

电 话: 18924052214

日 期: 2016年1月13日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明书

姓名:邓 性别:男 年龄:3岁3月5天 科室:儿科四区 床号 住院号

姓名: 邓	住院号	出生地: 湖北省咸宁市通城县(区)
性别: 男	年龄: 3岁3月5天	科室: 儿科四区
入院日期: 2025-07-12 11:35		出院日期: 2025-8-1
临床诊断: 1、溺水后脑功能障碍; 2、意识障碍; 3、运动障碍; 4、症状性癫痫[继发性癫痫]; 5、重度颅脑损伤;		
治疗意见: 遵医嘱治疗。		
记录日期: 2025-07-16 10:40		医生: 刘迪迪

家庭住址

批准时间

城市低保对象

根据现行社会救助政策，经调查核实、民主评议，您申请的社会救助待遇已获批准。在享受社会救助待遇期间，请您及时告知家庭收入、家庭成员变化情况，接受管理审批机关调查核实，按规定履行相关义务。

发证机关（盖章）

发证时间：2025年6月26日

户主姓名	邓			
性别	男	年龄		
家庭人口		保障人口	1	
管理类别		批准时间	2025.6	
身份证号				
保障金额				
开户银行	邮商行			
银行帐号				
家庭住址	焦水镇			
对象编号				

