

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: 2026196

申请日期: 2026年3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 | |
| | 夏 | 男 | 2017年07月15日 | | | 广东省河源市紫金县 | |
| | 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 |
| | 急性呼吸窘迫综合征、重症肺炎、呼吸衰竭、脓毒血症、肾功能衰竭 | 广州医科大学附属第一医院中心 | 2026.2.8 | 30万 | | | <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 checked="" type="checkbox"/> 新农合 60% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 0% | <input type="checkbox"/> 商业保险 0% | <input type="checkbox"/> 其他保险 0% | <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; | | |
| | 父亲 夏 | 49 | 良 | | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2.1万 元 | | |
| | 母亲 董 | 45 | 良 | | 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 | | | | | | |
| 申请救助理由(请详细描述) | <p>因本人孩子夏 从2023年3月确诊及重症5期位血透、脓毒至2025年8月做了肾移植，期间已花费将近60万元在家庭负债累累，在2026年2月8日感染耶尔孢子菌重症肺炎、急性呼吸窘迫、呼吸衰竭、脓毒血症、肾功能衰竭转到广州妇女儿童医疗中心ICU住院至今，每天花费巨额，家庭无法承担，希望得到公益基金会的救助，救救可怜的孩子。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 董 2026年3月2日</p> | | | | | | |
| 医院填写 | <p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 急性呼吸窘迫综合征 2. 重症肺炎 3. 呼吸衰竭 4. 脓毒血症 5. 肾功能衰竭 6. 肺出血。患儿病情危重，治疗难度大，住院时间长，花费大，预估治疗费用可达30万以上。</p> <p>医师签名: 陈经纬 2026年3月4日</p> | | | | | | |
| | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰万 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2026年3月6日</p> | | | | | | |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥30,000.00 元(大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 刘敏 2026年3月25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: 夏 | 性别: 男 | 年龄: 8岁 |
| 病种: 呼吸衰竭、中毒血症、 急性呼吸窘迫综合征、重症肺炎 异体肾移植 | 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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为夏 的治疗费用。

受助人（监护人）: 彭

电话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电话:

经办人: 林

电话: 18924052214

日期: 2026年3月14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: 夏 性别: 男 年龄: 8岁 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 急性呼吸窘迫综合征 2. 重症肺炎 3. 呼吸衰竭 4. 脓毒血症 5. 异体肾移植状态 6. 肺出血

医嘱及建议: 患儿于2026. 02. 08至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 陈经纶 / 陈经纶 日期: 2026年03月05日 16:00:00

- 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。



| | | | |
|--------------------|-------------|----------|-----|
| 户主姓名 | 彭 | 性别 | 女 |
| 出生年月 | 1982.3.6 | 民族 | 汉 |
| 社保卡 (医保卡) 号码 | | 家庭 人口 | 5 |
| 居住地址 | 紫金县好义镇双全村委会 | | |
| 户籍地址 | 紫金县好义镇双全村委会 | | |
| 低保资金 发放账号 | | | |
| 家庭 成员 情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
| | 彭 | 本人 | 224 |
| | 夏 | 配偶 | 224 |
| | 夏 | 子 | 224 |
| | 夏 | 女 | 224 |
| 夏 | 女 | 224 | |

| | | | |
|----------------|---|-----|-----|
| 家庭 成员 情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 家庭成员照片 | | | |
| |  | 母 | |
| |  | 照 | |
| 姓名: | 夏 | 姓名: | 夏 |

