

# 广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026704

申请日期: 2026年9月29日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                 |                                        |                                                  |                                         |                                         |                            |        |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 姓名                                                                                                              |                                        | 性别                                               | 出生年月                                    | 身份证号码                                   |                            | 户籍所在地  |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 苏                                                                                                               |                                        | 男                                                | 2016年3月25日                              |                                         |                            | 广东省惠州市 |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 脊髓炎<br>呼吸衰竭                                                                                                     |                                        | 广州医科大学<br>附属妇女儿童<br>医疗中心                         | 2026年8月29日                              | 20万                                     |                            | /      | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br><br>残疾类型和<br>级别: / |
| 购买保险情况及报<br>销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 新农合<br>____ % | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民<br>60 % | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>____ % | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>____ % | <input type="checkbox"/> 无 |        |                                                                                        |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 姓名                                                                                                              |                                        | 年龄                                               | 健康情况                                    | 联系电话                                    |                            |        |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 父亲                                                                                                              | 苏                                      | 43                                               | 贰级精神<br>疾病                              |                                         |                            |        |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 母亲                                                                                                              | 陈                                      | 39                                               | 健康                                      |                                         |                            |        |                                                                                        |
| <p>1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名;</p> <p>2、家庭年收入（不含政府补贴）<u>24000</u> 元</p> <p>3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>二</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车</p> <p>4、家庭困难类型:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/>街镇开具困难证明;</p> <p><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</p> |                                                                                                                 |                                        |                                                  |                                         |                                         |                            |        |                                                                                        |
| <p>申请救助理由（请详细描述）</p> <p>因孩子现患有脊髓炎,呼吸衰竭等疾病,花费很大,让这个本就不富裕的家庭雪上加霜,后续的治疗和康复也是一笔高昂的治疗费,家里还有哥哥姐姐要上学,孩子的爸爸又患有二级精神疾病,没有劳动能力,全家靠母亲打零工来维持家庭开支,实在无力支撑这昂贵的医疗费用,故申请医疗基金资助,谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈 2026年8月29日</p>                                                                                                              |                                                                                                                 |                                        |                                                  |                                         |                                         |                            |        |                                                                                        |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>疾病诊断及治疗（费用）:</p> <p>诊断: 脊髓炎</p> <p>治疗: 目前予以抗感染及营养神经治疗,必要时由我科处理,费用: 约20万,甚为昂贵</p> <p>医师签名: 林琳 2026年08月29日</p> |                                        |                                                  |                                         |                                         |                            |        |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>¥20000</u> 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 何靖文 2026年9月2日</p>               |                                        |                                                  |                                         |                                         |                            |        |                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>¥30,000.00</u> 元（大写: 叁万元整）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年9月7日 秘书处</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: 苏 [redacted] 性别: 男 年龄: 10岁  
病种: 脊髓炎, 呼吸衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城区) 院

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), 将作为苏 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月10日

## 诊断证明书

姓名: 苏 性别: 男 年龄: 10岁 科别: 增-PICU1组

床号 住院号

诊 断:

1. 脊髓炎(待查) 2. 呼吸衰竭

医嘱及建议: 患儿于2026-8-29至今在我院增-PICU住院治疗。

医师签名: 苏 祝 /

日 期: 2026-08-29 16:00:03

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。



# 雷州市西湖街道缘湖社区居民委员会

## 证 明

兹有我社区居民苏 男，身份证号码：

该居民身患重症疾病，目前在广州医科大学附属妇女儿童医疗中心就医，医疗费用高昂，其父亲也因长期患病，无收入来源，难以承担高额药费，家庭经济十分困难。

特此证明

西湖街道缘湖社区居民委员会

2026年8月31日



