

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: 2026735

申请日期: 2026年9月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曾		男	2017年6月14日			湖南省	
	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
	腺病毒肺炎、脑脊膜炎、呼吸衰竭、多脏器功能衰竭		广州市妇女儿童医疗中心	2026.8.29	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>50</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 无	
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>90000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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		
申请救助理由(请详细描述)	父亲	曾	36	健康				
	母亲	王	37	健康				
我叫曾 是患儿曾 的母亲,我代表我们家庭,向贵项目申请救助申请。恳请贵项目能给予我们家庭必要的医疗费用补助。 我儿曾 于2017年出生,经儿童医院确诊为肺炎,由肠道感染,引起多器官损伤,我们一直积极寻求治疗,希望他能健康成长。谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曾 2026年9月3日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 脑脊膜炎(腺毒症?免疫性) 2. 中枢性呼吸衰竭 3. 急性肾功能不全 4. 多浆膜腔积液。目前治疗包括血液透析、血浆置换、丙球等对症支持治疗。费用预计20万元 医师签名: 朱怡斌 2026年9月7日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 慈善基金电批走 2026年9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: 贰万五千 元) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月21日							
	广东公益恤孤助学促进会 秘书处							



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: 曾 性别: 男 年龄: 9岁
病种: 脓毒血症、脑脊髓炎 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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

受助人 (监护人): 曾

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2016年 9 月 22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：曾 性别：男 年龄：9岁 科别：儿-PICU1组 床号 住院号：

诊断：1. 脓毒血症 2. 脑脊髓炎(脓毒症相关？免疫性？)，待查 3. 呼吸衰竭 4. 急性肾功能不全 5. 胃肠炎，待查
6. 结肠扩张 7. 肺炎 8. 多浆膜腔积液(胸腔、腹腔)

医嘱及建议：患儿于2026.08.29至今在我院儿童院区PICU住院治疗。

医师签名：杨淑 / 朱怡娟 /

日期：2026-09-07 16:02:06

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。



贫困证明

兹有我村 村民曾 (身份证号 家庭共 6 口人，主要收入来源为务工，年收入约 60000 元。现因家庭成员患病，家庭经济困难，情况属实！

特此证明

湖南省湘乡市育塅乡双桥村村民委员会

2026 年 9 月 2 日



