

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: 2026760

申请日期: 2026年9月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	马		女	2012.11.28			广东省广州市	
	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
	脓毒症		广州市妇女儿童医疗中心	2026.9.14	15万		/	☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 肢体二级
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☐ 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 3 名;		
	父亲	马	36	高血压		2、家庭年收入(不含政府补贴) 2-3万元		
	母亲	马	30	良好		3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /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)		从2026.9.14肚子疼去检查拍片发现心包积液,从中医院转到肇庆第一附属医院直接进ICU,然后下通知,连夜转到广州妇女儿童医疗中心直接进ICU,直到现在还在抢救,家里3个孩子,还在读书,收入低支出特大,经济困难压力大,弟弟残级,奶奶精神病,希望得到救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 马 2026年9月18日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.心包积液, 2.脓毒症休克, 费用巨大, 约15万元 医师签名: 冯林才 2026年9月18日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3,000 元 (大写: 叁仟元整) 负责人签名: 冯靖反 2026年9月21日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000.00元 (大写: 叁万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月28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: 马 性别: 女 年龄: 13
病种: 脓毒血症 心包积液 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为马 的治疗费用。

受助人 (监护人): 马

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 9 月 28 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: 马 性别: 女 年龄: 13岁 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 休克 2. 脓毒血症 3. 呼吸衰竭 4. 心包积液(中量) 5. 胸腔积液 6. 低蛋白血症 7. 肺炎 8. 胃肠炎, 待查

医嘱及建议: 患儿于2029. 09. 14-至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 陈飞燕 / 文伯辉

日期: 2026/9/19 17:00:40

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。



家庭情况说明

兹有患儿马[]，患腺垂体瘤疾病，性别女，年龄13岁，是青海省（区、市）海东市（州）乐都区[]县（区）甘都镇（街道）[]村民小组（居委会），（父亲：马[]，母亲：马[]）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：马[] 身份证号：[]

患儿母亲：马[] 身份证号：[]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：[]



2026 年 9 月 18 日

