

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: 2025353

申请日期: 2025年 7月 1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2025年2月13日			广东东莞	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	肺动脉瓣狭窄		广州医科大学附属第一医院	2025年2月13日	37万			
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		是否残疾: ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:		
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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>120000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>2</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			
	父亲	李	39	良好				
	母亲	袁	39	良好				
申请救助理由 (请详细描述)		出生到现在经历了两次手术和治疗,虽然手术过程顺利,两次手术及住院费用总计高达 37 万元,这笔巨额费用对于我们的家庭来说,犹如一座大山,我们的收入微薄,主要依靠我和配偶的工资维持生计。如今面对后续的治疗和费用,我们实在无力承担,特申请救助以缓解压力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 袁 2025 年 7 月 1 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 1. 肺动脉瓣狭窄 2. 动脉导管未闭 3. 三尖瓣关闭不全 4. 峡型房间隔缺损。目前已甚低位肺 费用 315064 元, 预计还需 5 万元。 医师签名: 何 2025 年 7 月 1 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 零 分) 负责人签名: 何 2025 年 7 月 4 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟零元 零 角 零 分) 负责人签名: 何 2025 年 7 月 4 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: 李 性别: 男 年龄: 5月
病种: 先天性动脉导管未闭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 袁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2015年7月16日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 李 性别: 男 年龄: 2月 科别: 增-SICU1组 床号: 住院号:

诊 断: 1. 肺动脉瓣狭窄 2. 动脉导管未闭 3. 三尖瓣关闭不全 4. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型)

医嘱及建议: 患儿于2025. 5. 12至今在我院住院治疗。

医师签名: 崔彦芹/樊歌 日期: 2025-06-30 16:09:00

- 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。



家庭情况说明

兹有患儿李，患先天性心脏疾病，性别男，年龄4岁，
岁，是广东省（区、市）东莞市（州） 县（区）万江乡镇（街道）
新和村民小组（居委会），（父亲：李 母亲：袁 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：李 身份证号

患儿母亲：袁 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东省（区、市）东莞市（州） 县（区）
万江乡镇（街道）新和村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：

李

联系电话：

（盖章）

2025年6月27日

