

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: 2025430

申请日期: 2025年 8月11日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2014.10.27			广东省徐闻县	
	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
	先天性心脏病 肺动脉闭锁	广州市妇女儿童医疗中心	2014.11	12-15万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50%	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 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: ☐ 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	35	健康				
	母亲						
申请救助理由(请详细描述)	本人是孤儿,低保家庭,现离异独自抚养二个小孩,收入只有4000一个月,孩子患有先天性心脏病-肺动脉闭锁,在2014年手术花费了九万多,现在肺动脉闭锁术后肺动脉狭窄需要再次手术,本次花费预计十万以上,因本人收入微薄,家庭经济困难,实在无力承担全部治疗费用,希望能够得到基金会的帮助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年 8月11日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断“肺动脉狭窄、肺动脉闭锁并治疗”,拟行手术治疗更换肺动脉管道。预计费用 12-15万元。 医师签名: 李 2025年 8月11日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025年 8月11日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元(大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025年 8月18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: 黃 性别: 男 年龄: 10
病种: 先天性心臟病肺動脈瓣 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为黄 治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 8月 19日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 黄 性别: 男 年龄: 10岁 科别: 珠-心血管外科2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 肺动脉狭窄 2. 肺动脉闭锁(术后) 3. 室间隔缺损修补术后 4. 房间隔缺损

医嘱及建议: 患儿于2025-08-06至今在我院住院治疗, 拟行手术治疗。特此证明!

医师签名: 李锐送

日期: 2025-08-11 14:51:35



- 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
照片
(核发单位盖章)

核发单位: 徐闻县
发证日期: 2020-08-02
户主姓名: 黄
身份证号码:
低保证编号:

-1-

家庭成员照片

户主姓名	黄	性别	男性
出生年月	1990-12-05	职业	
医保卡号		家庭人口	2人
居住地址	徐闻县角尾乡		
户籍地	市 (市、区) 徐闻县角尾乡 (街道) 村 (居) 委		
低保资金发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	职业
	黄	本人	月收入
	黄	其他	417元
			0元

-2-

核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:
核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明: (此处贴小一寸照片)
姓名:	姓名:	姓名:

-3-

