

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: 2025659

申请日期: 2025 年 12 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	
	陈		男	2025年10月13日			广西藤县	
	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、肺动脉导管未闭、气管狭窄、先天性喉软骨发育不全		中山大学附属第一医院	2025.11	15-20万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 10%	☐ 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			
	父亲	陈	32	健康				
	母亲	苗	27	健康				
1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 65800 元 3、固定资产 房屋1套; 0 辆摩托车; 1 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): 家中人口6人,爷爷年老体弱多病,行动不便,须人照顾,妻子无业在家照顾两个小孩,父亲在家照顾爷爷,因此无法外出务工,导致家庭收入低,家庭属实困难 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 12 月 1 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断先天性心脏病、肺动脉导管未闭(管型)、气管狭窄、先天性喉软骨发育不全,建议外科手术手术,预估治疗费用15-20万元 医师签名: 张 2025 年 12 月 1 日							
	医院意见(盖章): 情况属实,请求救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元(大写: 叁万 仟 圆 正) 负责人签名: 苗 2025 年 12 月 1 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 百 中 拾 元 正 角 分) 负责人签名: 叶 2025 年 12 月 8 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: 陈	性别: 男	年龄: 1月26天
病种: 先天性心脏病, 动脉导管未闭		
治疗医院: 中山大学附属第一医院		

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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12月10日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：陈

科别：心儿科及结构心病区 床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：陈 性别：男 年龄：1个月科别：心儿科及结构床号 住院号

目前诊断：先天性心脏病

动脉导管未闭

房间隔缺损（继发孔型）

卵圆孔未闭

三尖瓣关闭不全

肺动脉高压

心功能IV级

先天性喉软骨软化病

入院情况及诊疗经过：患儿主因“气促1月余”入院，完善相关检验检查，考虑诊断先天性心脏病，粗大动脉导管未闭（管型）、肺动脉高压、心功能IV级，气管狭窄（胸1椎体水平气管中度狭窄）、先天性喉软骨发育不全，已予多巴胺维持改善心功能，强心、利尿对症处理，建议外科手术治疗。

医师签名：

2025年12月01日

证 明 No. [redacted]

兹有我村 石坪村 [redacted] 陈 [redacted] 男)身份证号码 [redacted]

[redacted] 家庭人口6人,家庭住址广西藤县天平镇石坪村 [redacted],爷爷年老体弱,多病,行动不便,须要人照顾,妻子元旦在家照顾两个小孩,父亲陈 [redacted] 仍在家照顾爷爷,因此无法外出务工,导致家庭收入低,家庭情况实属困难。

特此证明

经办人 陈 [redacted]



藤县天平镇天平村村委会

2025年11月25日

