

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：2025708

申请日期：2025年11月15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	<u>周</u>		<u>男</u>	<u>2025.9.19</u>			<u>广州市从化区鳌头镇</u>	
	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
	<u>先天性心脏病</u>		<u>妇女儿童医院 珠江新城分院</u>	<u>2025.9.19</u>	<u>30多3</u>		/	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 <u>40%</u>	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> %</u>	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> %</u>	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> %</u>	<input type="checkbox"/> 无	残疾类型和级别： <u>/</u>	
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>1</u> 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万左右</u> 元 3、固定资产： <u>0</u> 套房子； <u>0</u> 辆摩托车； <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型： <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明； <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明； <input type="checkbox"/> 困境儿童证明； <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父 <u>周</u>	<u>42</u>	<u>健康</u>					
	母 <u>叶</u>	<u>43</u>	<u>亚健康</u>					
申请救助理由（请详细描述）	<p>我们家一共有五口人（包括刚出生的孩子），孩子是我俩夫妻2020年刷信用卡做的试管婴儿，用了十多了，婴儿出生的时候信用卡的钱都没还清。婴儿一出生就有先心病，出生的第一天就到广州妇女儿童医院（珠江新城分院）的ICU病房治疗。9月19日—11月19日费用已20多万了，交了5万押金都是刷信用卡的，医疗费用对于我们普通家庭来说太高了，本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名：<u>周靖波</u> 2025年11月15日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗（费用）：诊断：肺动脉闭锁，右室发育不良，动脉导管未闭。于2025-10-9行经胸肺动脉瓣球囊扩张+主动脉弓降部结扎+改良BT分流术。术后心功能不良于CCU治疗。 预计总费用40-50万，目前已花费30万。</p> <p>医师签名：<u>黄江林</u> 2025年11月15日</p> <p>医院意见（盖章）：</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>15000</u> 元（大写：<u>壹万伍仟元整</u> 元 角 分）</p> <p>负责人签名：<u>周靖波</u> 慈善基金审批专用章 2025年12月16日</p>							
广东公益恤孤助学促进会意见：								
<p>同意救助 <u>10,000.00</u> 元（大写：<u>壹万零仟零佰零拾零元零角零分）</u></p> <p>负责人签名：<u>周其明</u> 2025年12月22日</p>								



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:	廖	性别:	男	年龄:	3个月
病种:	先天性心脏病				
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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为廖的治疗费用。

受助人(监护人): 廖

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林红艳

电 话: 18924052214

日 期: 2021年12月26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: 叶

性别:男 年龄:1小时 科别: 珠-CICU1组
22分

床号:

住院号

诊断: 1. 肺动脉闭锁 2. 右心发育不全综合征(右室发育不良) 3. 冠状动脉右室瘘(右室依赖冠脉循环), 待查 4. 动脉导管未闭 5. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 6. 先天性主动脉瓣二叶瓣畸形 7. 心功能不全 8. 二尖瓣关闭不全(中-重度) 9. 凝血功能障碍 10. 腹腔积液 11. 新生儿肠炎 12. 颅内出血(非创伤性)

医嘱及建议: 患儿2025-9-19至今我科住院治疗, 仍需继续住院治疗。

医师签名: 李莉娟 /

日期: 2025-11-25 10:33:47



- 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

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿 廖，性别 男，

年龄 2月 岁，是 广东 省（区）、广州 市（州）、从化 县（区）
鳌头 乡镇（街道）中心 村民小组（居委会），（父亲：廖

母亲：叶 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭
收入较低，难以承担患儿全疗费用，现向广东公益恤孤助学促进会申请为
患儿治疗出生缺陷疾病（包括先心病）提供经济上的资助。

患儿父亲：廖 身份证号：

患儿母亲：叶 身份证号：

情况属实，特此证明。



经办人及联系电话：

2025年11月25日

