

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: 2026152

申请日期: 2026年2月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	韩	女	2025年9月24日			安徽省岳西县		
	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 肝外门体分流 胆门门闭锁	广州医科大学 附属妇女儿童 医院中心	2025年10月	10万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和 级别:	
购买保险情况及报 销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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			
	父亲	韩	37	腰间盘突出				
	母亲	邓	33	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	<p>患儿韩于2025年10月在广州医科大学附属妇女儿童医院中心确诊为先天性心脏病(肺动脉导管,室间隔缺损)、肝(先天性肝外门体分流)、胆门门闭锁,2026年1月份已做胆门门闭锁手术,由于病情进一步严重,现需进行心脏及肝的手术治疗。患儿家庭月收入仅5000元,需承担老人赡养及家庭日常开支,已无力承担高额手术及后续治疗费用,为挽救患儿生命,特向贵会申请医疗救助,恳请予以批准。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 韩 2026年2月24日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 肺动脉导管, 室间隔缺损, 肝: 肝外门体分流+胆门门闭锁, 费用10万元。 医师签名: 陶恩礼 2026年2月24日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年2月25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 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月2日 秘书处								



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: 韩 [redacted] 性别: 女 年龄: 4个月
病种: 先天性心脏病 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为韩 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 韩 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 3月 4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: 韩 性别:女 年龄:4月 科别:珠-心血管外科1组 床号 住院号

诊断:

1. 肺动脉吊带
2. 支气管狭窄
3. 永存左上腔静脉
4. 房间隔缺损
5. 门静脉连接异常
6. 先天性肛门闭锁伴直肠前庭瘻
7. 重症肺炎
8. 呼吸衰竭

医嘱及建议: 患儿于2026.02.05至今于我科住院。

医师签名: 黄琳 /

日期: 2026-02-24 10:40:11

- 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

兹有患儿韩，患心脏（肺动脉吊带）、肝（先天性肝外门体分流）、肛门闭锁疾病，性别女，年龄4个月13天岁，是安徽省（区、市）安庆市（州）岳西县（区）来榜乡镇（街道）来榜村民小组（居委会），（父亲：韩母亲：邓）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：韩身份证号：

患儿母亲：邓身份证号：

情况属实，特此证明。

来榜村委会/居委会盖章：

2026 年 2 月 13 日



