

### 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: 2026255

申请日期: 2026年6月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2026.3.6			湖南省邵阳县	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2026.3.6	30万元-40万元			<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 type="checkbox"/> 新农合 %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无		
			50%					
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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	张	26	正常健康				
	母亲	周	34	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>因家中小孩患先天性心脏病右心室双出口 室间隔缺损,三尖瓣关闭不全,中央型房间隔缺损(卵圆孔型)需在外地就医治疗需全程陪护照料无法外出打工,现已无收入来源家庭无其他经济支撑,加之孩子医疗、生活等开支繁重经济压力巨大,生活十分困难。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。                      申请人签名: 张 2026年6月2日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): DORV, 柏尔心排畸形, 右室破裂等, 病情严重, 现需ECMO维持, 预计费用约 30-40万元 需救助。							
	医师签名: 李舒 2026年6月2日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月7日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙均 2026年6月 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: 张	性别: 女	年龄: 35天
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作强

电 话: 18924052217

日 期: 2026年4月14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：引 性别：女 年龄：16天 科别：珠-心血管外科2组 床号 住院号

诊断：先天性心脏病：1. 右心室双出口 2. 室间隔缺损 3. 三尖瓣关闭不全 4. 中央型房间隔缺损（卵圆孔型） 5. 新生儿黄疸 6. 耳先天性畸形

医嘱及建议：患儿于2026-03-22至今在我院住院治疗，拟行手术治疗。特此证明！

李娟

医师签名：李娟 /

日期：2026-03-29 15:20:25



- 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。



