

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026422

申请日期: 2026年6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			
	何	女	2023.7.20		湖南			
	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	
	先天性心律失常 顽固性恶性心律失常	广州市妇女儿童医院	2024.4.29	80万			<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 30-40%	<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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>4万</u> 元 、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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	何	40	良				
	母亲	田	36	良				
申请救助理由(请详细描述)	<p>家庭条件贫困 收入低, 无固定收入 妈妈在家全职带孩子, 哥还在上学, 主要经济来源靠爸爸一个人在外面打工维持基本生活开销, 亲戚偶尔帮助, 从生病到现在已用二十万元. 以有债十万元; 后续费用无力支付. 望基金会救助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2026年 6月 1日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 心脏肿瘤, 室性心律失常, 心脏术后随访排杂音 现需持续Ecmo辅助. 预计费用30万元以上。 医师签名: 曹志平 2026年 6月 03日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆 仟 肆 百 元 正) 负责人签名: 何靖雯 2026年 6月 4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 元 正) 负责人签名: 秘书处 2026年 6月 15日								

预览

下载



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: 何	性别: 女	年龄: 2岁10
病种: 心律失常, 心脏肿瘤	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), 将作为何的治疗费用。

受助人 (监护人): 何

电话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 林

电话: 189 24 05 22 14

日期: 2026年6月17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：向 性别：女 年龄：2岁10 科别：珠-CICU1组 床号 住院号
日

诊断：

- 1. 室性心律失常(顽固性，恶性) 2. 心脏肿瘤

医嘱及建议：

手术治疗



医师签名：王源 / 源骏贤

日期：2026-05-31 15:05:57

- 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 何，患 心脏肿瘤、室性心律失常(顽固性、恶性) 疾病，性别 女，年龄 2 岁，是 湖南 省(区、市) 湘西 市(州) 凤凰 县(区) 廖家桥 乡镇(街道) 土桥坳 村民小组(居委会)，(父亲: 何 母亲: 任) 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: 何 身份证号: _____

患儿母亲: 任 身份证号: _____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: _____



2016年6月2日

