

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: 2026455

申请日期: 2026 年 6 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		男	2018.06.19			湖南省邵阳市隆回县	
	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 法洛四联症		广州市妇女儿童医疗中心	2018.8.24	16万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;		
	父亲	刘	37	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元		
	母亲	陈	34	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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） 因患儿刘 2022 年在中南大学湘雅生二已做过二次心脏手术花费 40-50 万大部分都是向亲朋好友借的，后面打工慢慢还款，再加上三个小孩都在边上学，家里无人帮衬，一个人挣钱养家倍感压力巨大，已无力承担手术费用，故向广东公益恤孤助学促进会求助，您的一次帮助对我是雪中送炭，感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2026 年 6 月 18 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 法洛四联症 费用 10-12 万							
	医师签名: 李月 2026 年 6 月 18 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖安 慈善基金实施专用章 6 月 22 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000.00 元（大写: 叁万 伍仟 元 整） 负责人签名: 秘书处 2026 年 6 月 29 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: 刘 性别: 男 年龄: 8岁
病种: 先天性心脏病法洛四联症 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2016 年 6 月 30 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: 刘 性别: 男 年龄: 7岁 科别: 珠-CICUI组 床号 住院号

诊断: 1. 主动脉瓣关闭不全(中重度) 2. 法洛四联症术后(外院管道置换术后)

医嘱及建议: 患儿自2026-06-11至今在我院住院治疗, 特此证明。



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。

证 明

兹有我村 村民 刘 性别：男，身份证号码

因患心脏病，家庭困难，享受城乡居民最低生活保障，情况属实，
特此证明。



