

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: 2026491

申请日期: 2026 年 7 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2014年8月			四川省达州市通川区	
	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
	肺动脉闭锁		广州市妇女儿童医疗中心	2014年10月	15-20万			☐ 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			
	父亲	去世	/	/	/			
	母亲	张	51岁	良好				
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</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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） 我是患儿刘田章陈。患儿出生后就查出患有复杂先心。在2014年10月、2015年9月在上海儿童医学中心进行二次手术，共花费了二十万左右，用光了家中积蓄。不幸的事在2021年，患儿父亲因出血在当地医院医治二月无效去世，也花去了十万余元。家庭的变故使我们家庭一贫如洗，我也无正式工作，靠打零工维持家中日常开销。这两年每次复查，医生都说需要再次手术。若中国难，我们一拖再拖。患儿也有明显身体不适，手术血在眉睫。我们东拼西借也不到五万元，恳请基金会给予帮助，让他们度过难关。我们是感恩之心，积极进取，不负帮扶之心。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026 年 7 月 6 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肺动脉闭锁 15-20万元							
	医师签名: 李月琴 2026 年 7 月 6 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: 何靖夏 2026 年 7 月 7 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万伍仟元） 负责人签名: 秘书处 2026 年 7 月 13 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: 孙	性别: 男	年龄: 11岁
病种: 肺动脉闭锁	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），将作为孙 的治疗费用。

受助人（监护人）：陈

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：

18924052214
2026年7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: 孙 性别:男 年龄:11岁 科别: 珠-心血管外科2组 床号 住院号

诊 断:1.肺动脉闭锁 2.室间隔缺损修补术后

医嘱及建议: 患儿于2026-06-28起在我院住院治疗, 建议手术治疗, 特此证明。

医师签名: [Signature]

日 期:2026-06-30 15:49:12

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

兹证明：陈 女，身份证号码
孙 男，身份证号码 两人系母
子关系，均系我社区低保户。开始享受时间：2026 年 4 月，
均为城市低保。情况属实

特此证明

达州市通川区朝阳街道四合头社区

2026 年 7 月 1 日



