

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: 2026592

申请日期: 2026 年 7 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		女	2018.9.27			西樵镇西樵村	
	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
	复杂心脏病		广州医科大学附属第一医院	2018.12	150000元 -200000元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 45 %	☐ 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	/	/	/	/			
母亲		周	31	健康				
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>24000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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） 患儿现年7岁，确诊为复杂先天性心脏病，已先后完成两期心脏手术，家中积蓄已全部耗尽，且负债累累。这次过来是准备做第三期Fontan手术，医生评估费用15万元左右。本人为单亲妈妈，独自抚养孩子，无稳定工作，靠零工维持家用，收入微薄。孩子生父未尽抚养、医疗义务，无经济支持，虽已办理异地医保备案，报销后仍需自付大额费用。孩子长期向药偏低，活动耐力差，若延误手术将持续损伤心肺功能，危及生长发育及生命健康。特向贵基金申请医疗救助，用于本次第三期手术治疗，求贵基金帮扶！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2026 年 7 月 28 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 右心室双出口（双房双室 Glenn 术） 2. COA 矫治术 3. CAVC（成纤维） 4. 肺动脉闭锁（左上肺动脉） 5. 左室心 费用 15-20 万 医师签名: 李月 2026 年 7 月 28 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖夏 2026 年 7 月 28 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>35,000.00</u> 元（大写: 叁万伍仟元） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 10 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: 周 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 完全性房室间隔缺损 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 35,000 元 (大写: 人民币 叁万伍仟元), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 8月 11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: 周 性别: 女 年龄: 7岁 科别: 珠-心血管外科1组 床号: 住院号:

诊 断:

1. 完全性房室隔缺损(glenn术后) 2. 右心室双出口 3. 室间隔缺损 4. 主动脉缩窄(术后)

医嘱及建议: 2026-7-18入住我科, 择期手术治疗。

医师签名: 李月香

日 期: 2026-7-28 10:12:07



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 周 (身份证号码:)
家庭住址: 灌阳镇) ,
家庭为城市低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2019年05月01日

该证明开具日期为2026年07月03日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	周		07月	2019年05月01日
2	周		07月	2019年05月01日



