

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: 2026033

申请日期: 2026年 8月 15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		男	2026.3.21	[模糊]		湖南省 长沙市	
	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
	1. 法洛四联症 2. 先天性肺动脉瓣关闭不全 3. 侧枝循环 4. 肺动脉狭窄 购买保险情况及报销比例		广州市妇女儿童医疗中心(海珠)	2026.3.23	23万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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;		
	父亲	[模糊]	37	一般	[模糊]	2. 家庭年收入 (不含政府补贴) <u>4-5万</u> 元		
	母亲	[模糊]	26	良好	[模糊]	固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 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): 患儿确诊先天性心脏病法洛四联症, 已接受心脏手术。术后又出现左心室隔肌神经损伤、隔肌抬高, 需进行二次手术。年幼孩子饱受病痛煎熬, 长期重症监护, 到目前已经二十天时间在ICU监护至产生巨额医药费, 家庭是在全力支撑巨大医疗费用, 恳请慈善机构伸出援手给予医疗救助, 帮助孩子渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2026年 8月 15日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 1. 法洛四联症 2. 肺动脉瓣狭窄 3. 隔肌麻痹 费用 21-23万 医师签名: [模糊] 2026年 8月 17日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30,000</u> 元 (大写: <u>叁万</u> 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [模糊] 2026年 8月 17日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万元</u>) 负责人签名: 林钧泽 2026年 8月 15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: 唐	性别: 男	年龄: 5个月
病种: 法洛四联症	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江)	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为唐 治疗费用。

受助人（监护人）: 唐

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）: /

电 话: /

经办人: 陈依文

电 话: 18924052214

日 期: 2016年8月25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：唐 性别：男 年龄：4月 科别：珠-CICU2组

床号 住院号

诊断：

1. 法洛\（法乐\）三联症 2. 先天性体肺动脉侧枝循环 3. 中央型房间隔缺损（卵圆孔型） 4. 睾丸下降不全（左侧）

医嘱及建议：

患儿2026-7-27于我院行法洛三联症矫治术+房间隔缺损修补术，因病情需要，拟明日行膈肌折叠术，特此证明。

医师签名： /

日期：2026-08-16



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。

情况说明

本人唐[]男，37岁，户籍地为湖南省衡阳市常宁市泉峰街道办事处东宜居委会幼子唐[]（4月龄）出生确诊为复杂先心病，术后目前在广州妇儿医院CICU重症治疗，重症治疗期间又要接受二次手术治疗，花费巨大，现已耗尽家中所有积蓄。目前家庭无任何经济能力承担孩子高额医疗费用，家庭无其他收入来源，因病致贫困难家庭，情况属实，特此说明。

申请人：唐[]

联系电话：[]

日期：2026年08月13日

居委会盖章处：属实，予以证明（盖章）2026年8月13日



