

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: 2026649

申请日期: 2026年8月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2014.9.3			广西南宁横州市	
	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
	主动脉瓣关闭不全		广州市妇女儿童医疗中心 珠江新城院区	2025.8.18 2024.1	18万元		/	☐ 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	黄	41	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 66000 元		
	母亲	鲁	40	健康		3、固定资产: 1 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）		本人家中5口人，现在在佛山打工，月收入5500元/月，基本不够生活开支和孩子的学费，2022年6月16子黄 确诊为白血病，现在还在北京高博博仁医院治疗。大女10岁，在读初中二年级，二女儿在读小学五年级。2023年12月查出患有先天性10脏病并做了手术，爱人鲁，10年以来照顾患病16子，没有收入来源，为了给儿子治病，已负债60万元左右，实在困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年 8 月 12 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:		1.先天性主动脉瓣关闭不全(重度) 4.冠状动脉粥样硬化(术后) 2.先天性三尖瓣关闭不全(中度) 预计费用16-18万 3.心功能不全					
	医师签名:		2026年 8 月 13 日					
	医院意见（盖章）:		建议给予医疗救助金 ¥ 20,000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 王宝华 2026年 8 月 16 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 45,000.00 元（大写: 肆万伍仟元） 负责人签名: 林钧泽 秘书 2026年 8 月 25 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: 黃 性别: 女 年龄: 11
病种: 先天性主动脉瓣关 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (珠江新城院区)
闭不全 (重度)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 45,000 元 (大写: 人民币肆万伍仟元), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026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: 黄 性别: 女 年龄: 11岁 科别: 珠-心血管外科2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 先天性主动脉瓣关闭不全(重度) 2. 先天性三尖瓣关闭不全(轻度) 3. 心功能不全 4. 冠状动脉起源异常(矫治术后)

医嘱及建议: 2026-8-10入住我科, 择期外科手术治疗。

医师签名: 李用香 /

日期: 2026-8-13 10:47:25



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

兹有广西横州市六景镇红花村委红花村 黄 男，身份证号：
鲁 女，身份证号：
黄 女，身份证号：
黄 女，身份证号 黄 男，身份证号
该户自 2024 年 1 月 1 日纳入我横州市六景镇红花村委低保户，情况属实。

特此证明

广西壮族自治区南宁市横州市
六景镇红花村村民委员会



2026 年 8 月 12 日

