

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: 2026678

申请日期: 2026 年 8 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	潘		男	2023.9			广西桂平市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	感染性心内膜炎 二尖瓣赘生物		广州市妇女儿童医疗中心	2026.8.9			/
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>1</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>10000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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	
	父亲	潘	37	良好			
申请救助理由 (请详细描述)	母亲	叶	36	良好			
	患儿潘 自幼感染性心内膜炎伴二尖瓣赘生物, 合并重症肺炎, 呼吸衰竭等多种并发症, 需心脏外科手术及长期住院治疗, 医药开销巨大, 家庭收入难以负担高额的治疗费用, 现申请重症病童救助, 望予以批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2026 年 8 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿潘 男, 因反复发热 18 天, 发现心脏杂音 4 天入院。目前诊断为: 1. 感染性心内膜炎 2. 二尖瓣赘生物 3. 重症肺炎 4. 呼吸衰竭 5. 脓毒症 6. 腹股沟疝。于 2026.8.9 下行心脏瓣膜置换术+二尖瓣成形术+临时起搏器置入术, 预计总费用 15-20w, 特此证明 医师签名: 李松 2026 年 8 月 12 日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王松 2026 年 8 月 12 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: 贰万 伍 仟 元) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 31 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: 潘 性别: 男 年龄: 2
病种: 感染性心内膜炎 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为潘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月2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: 潘 性别: 男 年龄: 2岁10 科别: 珠-CICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 感染性心内膜炎 2. 二尖瓣赘生物 3. 重症肺炎 4. 呼吸衰竭 5. 胸腔积液 6. 腹腔积液

医嘱及建议: 患儿自2026.08.09至今于我院住院治疗, 2026.08.09急诊全麻下行“心内赘生物清除术+二尖瓣成形术+心表临时起搏导线安置术”, 特此证明。

医师签名: 石帆 / 叶伟
日期: 2026-08-10 11:55:18



- 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。

广西壮族自治区 桂平市中沙镇六石村村民委员会

证 明

兹有我村 村民潘 男，身份证
号码： 退役军人，现其10子，
潘 2岁10个月，突患重病住院，开支较大，户主潘
靠大事务工，收入较低，生活困难。

特此证明

经办人：黄

电话：

六石村村民委员会
2026年8月10日

