

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: 2026681

申请日期: 2026年8月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		女	2008年11月			广东省潮州市	
	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
	二尖瓣脱垂并大量返流 三尖瓣关闭不全		广东省中医院 大学城医院	2026年8月17日	10万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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; 48万		
	父亲	李	44	正常		2、家庭年收入(不含政府补贴) 元		
	母亲	王	46	正常		3、固定资产: 套房子; 辆摩托车; 1 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)		孩子从2026年8月17日开始生病,需要进行手术,手术费用大,家庭需要则赡养2个老人和抚养3个孩子,家庭经济收入靠父亲做快递员,母亲无收入需要照顾老人和好孩子,家里用钱的地方比较多经济压力大,现申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年8月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者诊断: 二尖瓣脱垂并大量返流, 三尖瓣中度返流。 需手术治疗, 费用约10万元。(四) 医师签名: 黄心怡 2026年8月24日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000 元(大写: 伍万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月25日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元(大写: 伍仟元整) 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:	李	性别:	女	年龄:	17
病种:	先天性心脏病	治疗医院:	广东省中医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 9月 2日

疾病诊断证明书

患者李 女, 17 岁, 住院号 身份证号
于 2026-08-17 因 “活动后气促 2 周” 入住在广东省中医院大学城医院心胸外科,
住院诊断为: 1. 二尖瓣脱垂并关闭不全 2. 三尖瓣关闭不全 3. 心功能三级, 拟行
手术治疗, 特此证明。



2026 年 08 月 20 日

家庭情况说明

兹有先天性心脏病患儿 李，性别 女，年龄 17，是
省(区、市) 湖北 市(州) 咸宁 县(区) 咸安 乡镇(街道) 凤仪 村
民小组(居委会)，(父亲: 李 母亲: 王) 村民(居民)的儿子 / 女
儿。患儿需要接受手术治疗，因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，希
望相关慈善组织提供经济上的爱心资助。

患儿父亲: 李 身份证号

患儿母亲: 王 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: 

联系电话:

乡(镇)政府/街道办事处盖章:

联系电话:

日期: 2026 年 8 月 21 日

