

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: 2026844

申请日期: 2026年10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	
	廖		女	2025年1月4日			广西柳州	
	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
	先天性心脏病		广东省人民医院	2025年1月4日	300000		/	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 63600 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 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		
	父亲	廖	35	良好				
	母亲	梁	36	良好				
申请救助理由(请详细描述)		因治疗费用较高,术后又感染了多种病毒导致患儿肺炎加重,至今仍在儿科重症监护室进行治疗。家庭经济收入不高,还有两位老人需要赡养。且今年5月份家里遇5.2级地震,导致家里房屋开裂需进行修缮。现又因患儿病重需进行手术,家里难以承担患儿的全部医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 廖 2026年10月12日						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 1.急性呼吸窘迫综合征. 2.室间隔缺损. 3.房间隔缺损 4.肺动脉高压. 5.存在左上腔静脉. 6.先天性主动脉狭窄. 7.三尖瓣关闭不全. 预计费用3000元.							
	医师签名: 梁 2026年10月12日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000.00元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 梁 2026年10月19日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00元 (大写: 贰万 伍 仟 肆 佰 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年10月26日 秘书处								



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: 廖 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁9月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为廖 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 廖 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月27日



疾病诊断证明书

科室： 儿科重症监护室 编号： 
姓名： 廖  性别： 女性 年龄： 1岁8月 床号： 
入院日期： 2026-09-21 出院日期： 2026-10-12

处理意见：

患儿因“发现心脏畸形1年余”入院，入院后完善相关检查，诊断明确，有手术指证，无手术禁忌证，遂2026-09-25在全麻下行心血管手术（室间隔缺损人造补片修补术+房间隔缺损人造补片修补术+三尖瓣成形术+体外循环辅助开放性心脏手术），术后逐渐出现氧合下降，现予气管插管高频振荡辅助通气

诊断：

1. 急性呼吸窘迫综合征；2. 室间隔缺损；3. 房间隔缺损；4. 肺动脉高压；5. 永存左上腔静脉；6. 先天性主动脉弓右位；7. 三尖瓣关闭不全

医嘱：

继续住院治疗。



复诊建议：

医师：



日期：

2026年10月12日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

家庭经济情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿廖 性别女，年
龄1岁9月，是广西壮族自治区柳州市柳南区县(区)太阳村乡镇
(街道)太阳村村民小组(居委会)，(父亲：廖 母亲：梁)
村民(居民)的女儿。因其家庭经济收入低，难以承担先心病儿童的治疗费用，恳请基金会为患儿治疗心脏病提供医疗救助的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：廖 身份证号：

患儿母亲：梁 身份证号：



村委会/居委会盖章：_____

经办人及联系电话：

仅限于基金会办理廖 梁 患儿的心脏病治疗
乡(镇)政府或街道办事处盖章：_____

经办人及联系电话：

日期：2026年10月12日

