版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026878　　申请日期：2026 年 10 月 27 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	妞妞尔·[redacted]	男	2024年04月14日	[redacted]		新疆伊犁州	
	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
	室间隔缺损	广东省中医院大学城院区	2026年04月15日	18万	[redacted]	/	☐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
父亲	图尔地·[redacted]	26	良好	[redacted]
母亲	马能丝·[redacted]	26	良好	[redacted]

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000 元
3、固定资产：1 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）

我家有6口人，父母都是农民，家里哥哥是残疾人，哥哥是精神病人，有60岁了，家里弟弟因为肺部问题无法就业，没有收入，家里耕地面积小，家里劳动力少，家里哥哥是残疾人，无法就业，家里有经济困难，因此申请救助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：图尔地·[redacted]　2026 年 10 月 27 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：诊断：室间隔缺损，主动脉瓣下肌肉形成，二尖瓣关闭不全，肺动脉高压。
预估费用：18万。

医师签名：[redacted]　2026年10月27日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥50000 元（大写：伍 万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：[redacted]　2026 年 10 月 27 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥25,000.00 元（大写：贰万伍仟元）

负责人签名：林钧泽　2026年 11 月 2 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：艾尼卡尔	性别：男　　年龄：2岁半
病种：先天性心脏病（室间隔缺损）	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 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为艾尼卡尔·　　的治疗费用。

受助人（监护人）：阿扎克

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：

电　话：18724052214

日　期：2026年11月3日

广东省中医院大学城医院
诊断证明

患者艾尼卡尔·[redacted]，男，2岁6个月，住院号：[redacted]，身份证号：[redacted]，2026-07-10入住广东省中医院大学城医院，入院诊断：1.室间隔缺损 2.先天性主动脉瓣下隔膜 3.二尖瓣关闭不全 4.三尖瓣关闭不全 5.中央型房间隔缺损(卵圆孔型)6.肺动脉高压。于2026-10-21行室间隔缺损组织补片修补术（心脏）+主动脉瓣下膈膜切除术（心脏 + 其他）+ 二尖瓣成形术（心脏）+体外循环辅助开放性心脏手术（心脏）+ 三尖瓣成形术（心脏）+ 房间隔缺损修补术（心脏 + 其他）。目前术后转入我科，特此证明。

心脏大血管外科重症监护室（CSICU）

2026年10月21日

注：本证明仅代表当前初步诊断，最终诊断以出院诊断为主。

家庭情况说明

兹有先天性心脏病患儿 艾尼卡尔· [redacted]，性别 男，年龄 2岁半，是新疆省（区、市） 喀什 市（州） 伽师 县（区） 麦盖提乡 乡镇（街道） 巴格艾日克 村民小组（居委会），（父亲：图地克· [redacted] 母亲：孜依拉· [redacted]）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：图地克· [redacted] 身份证号：[redacted]

患儿母亲：孜依拉· [redacted] 身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：[redacted]

联系电话：[redacted]

乡（镇）政府/街道办事处盖章：[redacted]

联系电话：[redacted]

日 期：2016 年 10 月 13 日

