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：2026914　　申请日期：2026 年 11 月 5 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	廖[redacted]	男	2022.5	[redacted]		广东·梅州大埔	
	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
	法洛氏四联症	广东省中医院大学城医院	2025.5 2026.10.29	15万元	[redacted]	/	□是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	□新农合 ____ %	☑城镇居民 40 %	□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） 5000 元 3、固定资产：1 套房子；1 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[redacted]	32	一般	[redacted]	
	母亲 /	/	/	/	

申请救助理由（请详细描述）

1. 单亲家庭，母亲已离异。
2. 专职照顾儿子，无法务工，没有收入
3. 家住农村，养几只鸡，种点蔬菜
4. 儿子先心病，把入幼儿园，也没民政补助

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：廖[redacted]　2026年 11月 5日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：法洛四联症 预计治疗费用15万元.

医师签名：[redacted]　2026年 11月 5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：[redacted]　2026年 11月 6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 9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：廖[redacted] 性别：男 年龄：4

病种：法络氏四联症 治疗医院：广东省中医院大学城医院

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：/

经办人：[redacted]

电 话：18924052214

日 期：2016年11月10日

住院诊断证明

以下患者现在正在广东省中医院大学城医院心胸外科住院治疗：

患者姓名	廖
性别	男
住院号	
身份证号	
诊断	法洛四联症

广东省中医院大学城医院

心胸外科

2026 年 11 月 5 日

家庭情况说明

兹有先天性心脏病患儿[redacted]，性别男，年龄4，是省（区、市）梅州市（州）大埔县（区）[redacted]乡镇（街道）[redacted]村民小组（居委会），（父亲：[redacted] 母亲：已离异）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：[redacted]身份证号：[redacted]

患儿母亲：已离异身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

联系电话：[redacted]

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：

日 期：2026年 11月 4日

