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： 2026920　　申请日期：2026年10月29日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林	男	2022.10.17			广东省陆丰市	
	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
	金色葡萄菌败血症，肺炎，脓胸，心肌损害	妇女儿童医院	2026年10月23号	20万		/	□是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	□新农合 ____ %	□城镇居民 ____ %	□商业保险 ____ %	□其他保险 ____ %	☑无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	林	37	乙肝	
母亲	/	/	/	/

1、抚养18岁以下儿童 4 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 9000 元
3、固定资产：0套房子；0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

申请救助理由（请详细描述）

林林，单亲家庭（离婚）带四个小子女，最大10岁，最小3岁，上有72岁的父母亲要赡养，靠自己本人打零工维持，连基本温饱都不保，现在最小孩得败血症，等共十种疾病待诊断，情况危重，现在重症ICU抢救，恳请相关单位给予救助。此致敬礼！

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：林　　2026年 10月 30日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：
患儿确诊为“感染性心内膜炎，主动脉瓣赘生物，主动脉瓣周脓肿，主动脉瓣关闭不全，败血症，重症肺炎，脓胸，脓肺”于2026.10.23号“主动脉瓣赘生物清除术+主动脉瓣周脓肿清除术+肺脓肿清除术”，预估治疗费用30万，患儿家庭困难，特此申请基金救助。

医师签名：　　2026 年 10 月 30 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁 万 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元 ___ 角 ___ 分）

负责人签名：　　2026 年 11 月 3 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写：叁万元整）

负责人签名：林锦泽　　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：林[redacted]	性别：男	年龄：4
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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为林[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：林[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：18924052204

日　期：2026年1月1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：林　　性别:男　年龄:4岁　科别：珠-CICU2组　　床号　　住院号：

诊 断:1.感染性心内膜炎 2.主动脉瓣赘生物 3.主动脉瓣关闭不全 4.败血症 5.重症肺炎 6.髂窝脓肿，待查 7.高血压，待查

医嘱及建议：患儿2026-10-22至今我院住院治疗。

医师签名: 蒋琳 / 李昕 /

日　期:2026-10-23 11:52:37

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (2) 诊断证明专用章

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。

星都经济开发区东湖社区居委会

证明

兹有我社区[redacted]村村民姓名:林[redacted]，性别：男，出生年月：1989年6月，身份证:[redacted]，户籍地：广东省陆丰市[redacted]家庭经济困难，离异，独自抚养四个子女。

情况属实。

特此说明

星都经济开发区东湖社区居委会

2026年10月28日


Lovely
Babybear