

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025078

申请日期: 2025 年 1 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2024. 7. 29			广东省河源市	
	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
	扩张型心肌病		广州市妇女儿童医疗中心	2024. 9. 29	40~50			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;		
	父亲	黄	33	良		2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元		
	母亲	曾	28	良		固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车		
						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）	因孩子于 2024 年 9 月被确诊为扩张型心肌病，从发病到现在，已有 4 个月，一直都在医院治疗，在 icu 时间较多，病情危重，不能脱离药物，而在 icu 里，费用高，远远超出了，我们能承受的范围，后续还需要大额治疗费用，因家庭经济微薄收入，难以承担孩子后续大额费用，申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曾 2025 年 1 月 23 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿目前诊断: 心力衰竭(D期), 扩张型心肌病, 肺炎。患儿于 2024-11-18 行肺动脉环缩术+房间隔开窗术, 2024-12-23 行肺动脉环缩术调整术, 术后仍反复气促, 无法脱离呼吸支持。考虑心衰终末期, 等待心脏移植, 预计总费用 40-50 万。 医师签名: 李莉娟 2025 年 1 月 23 日							
	医院意见（盖章）:							
	建议给予医疗救助金 ¥ 20000 (大写: 贰万 千 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025 年 1 月 24 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 8,000.00 元 (大写: 八 千 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025 年 2 月 15 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:	黃 [redacted]	性別:	女	年齡:	6個月
病種:	先天性心臟病	治療醫院:	廣州醫科大學附屬婦孺兒童醫院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 8,000 元（大写：人民币捌仟元整），将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：曾 [redacted]

电 话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： [redacted]

电 话： [redacted]

经办人：周基明

电 话：13822279353

日 期：2018年2月11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: 黄 性别: 女 年龄: 2月 科别: 珠-CICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 心力衰竭(D期) 2. 扩张型心肌病 3. 二尖瓣关闭不全 4. 房间隔缺损 5. 肺炎 6. 泌尿道感染(肺炎克雷伯菌)

医嘱及建议: 患儿于2024-11-18行肺动脉环缩+房间隔开窗术, 2024-12-23行肺动脉环缩带调整术, 术后反复气促加重, 依赖血管活性药物及呼吸支持, 仍住院治疗, 特此证明。

医师签名: /

日期: 2025-1-23 15:07:48

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。



家庭情况说明

兹有患儿黄，患扩张型心肌疾病，性别女，年龄5月岁，是广东省（区、市）河源市（州） 县（区） 乡镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：黄，母亲：曾） 村民（居民）的儿子 / 女儿。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，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：黄 身份证号：

患儿母亲：曾 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

 年 月 日



