

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: 2026024

申请日期: 2026 年 1 月 4 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	男		男	2009.2.1			广东紫金县	
	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		南部战区总医院	2009.5	10万			☐ 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			
	父亲	男	41	良好				
	母亲	陈	37	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4 万元 固定资产: 2 套房子; 1 辆摩托车; 无 辆小车 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）: 本人男，身份证，居住广东省紫金县紫城镇。因于出生就患有先天性心脏病，需要进行手术，目前已花费 10 万余元，家庭积蓄已全部耗尽，目前还需二次手术。本人家庭收入困难，且上有年邁的爷爷奶奶，本人保证上述情况完全真实。要照顾，下有三兄弟要抚养，父亲无业，全靠母亲一人挣钱养家。 申请人签名: 男 2026 年 1 月 4 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 紫青诊断为先天性心脏病，需手术治疗，预估手术费用 10 万。 医师签名: 张市 2026 年 1 月 4 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥10000 元（大写: 壹万 0 仟 0 佰 0 拾 0 元 0 角 0 分） 负责人签名: 王瑞林 2026 年 1 月 4 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元（大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 郭树华 2026 年 1 月 4 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: 罗	性别: 男	年龄: 17
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 南部战区总医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为罗 的治疗费用。

受助人（监护人）: 罗

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 1 月 12 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 罗 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名: 罗 出生日期: 2009-02-01 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-12-30

病情摘要: 患者出生后因体检发现心脏杂音就诊于我院, 行相关检查后诊断为: “先天性主动脉弓中断”, 后于2009-10-12在全身麻醉体外循环下行“主动脉弓中断矫正+室缺修补+二尖瓣成形术, 术后恢复可, 后于2025-08-07于我院门诊复查, 行胸主动脉螺旋CTA检查诊断为: “主动脉弓缩窄”, 现为进一步诊疗来我院就诊, 门诊拟“主动脉弓中断矫正术后、主动脉弓缩窄”收入我科。

当前诊断: 1. 主动脉弓缩窄 2. 主动脉弓中断矫正+室缺修补+二尖瓣成形术后 3. 心功能II级

医生意见: 拟手术治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 吴涵潇 吴涵潇

2026-01-04 10:33



证明

兹有我社区禾塘小组居民罗 [REDACTED] 男，汉族，身份证号：

[REDACTED] 该居民家庭人口为 7 口人，其中 70 岁老人 2 位，3 个小孩上学，本人无职业，靠做零工维持生活，妻子在商场上班，工资很低，现儿子罗 [REDACTED] 患先天性心脏病，曾经在广州军区流花医院做过一次手术，现检查又要从做心脏手术，本人因经济收入低，连生活保障难以维持，由于罗 [REDACTED] 患有先天性心脏病医疗费用过高，导致家庭困难，情况属实。

特此证明



赖 [REDACTED]



罗 [REDACTED]

