

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: 2026128

申请日期: 2026年1月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	何		男	2011年2月3日			湖南省株洲市醴陵市	
	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
	扩张性心肌病		广东省人民医院	2023年8月	25万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 __%	<input type="checkbox"/> 商业保险 __%	<input type="checkbox"/> 其他保险 __%	<input type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	何	44	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>7万</u> 元		
	母亲	刘	43	良好		3、固定资产: <u>2</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)		何 2023年8月份确诊扩张性心肌病,治疗=年未见好转,现情况越来越严重,需心脏移植						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2026年1月12日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 扩张型心肌病 心力衰竭 拟手术治疗 费用约25万元							
	医师签名: 2026年1月22日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000.00 元 (大写: 贰万伍仟零元) (分)							
负责人签名: 2026年2月4日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零元) (分)								
负责人签名: 2026年2月25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: 何 [redacted] 性别: 男 年龄: 14岁
病种: 扩张性心肌病 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为何 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052219

日 期: 2026年2月26日



疾病诊断证明书

科室：心脏移植与辅助外科
姓名：何 性别：男性 年龄：14岁1月
入院日期：2026-01-04 出院日期：2026-01-09
编号： 住院号(门诊号)： 床号：

处理意见：

患者入院后完善移植相关检查，手术指征明确，术前检查未发现明显外科手术禁忌症，现予出院，继续抗心衰治疗，等待合适供体行心脏移植手术。

诊断：

1. 扩张型心肌病；2. 心力衰竭；3. 二尖瓣关闭不全——中量；4. 三尖瓣关闭不全——少-中量；5. 肺动脉高压中度

医嘱：

详见出院小结。



复诊建议：

详见出院小结。

医师： 吴敏

日期： 2026年01月09日

- 注：
1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
 2. 涂改无效
 3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

证 明

我市船湾镇 [REDACTED] 村民何 [REDACTED] 身份证
[REDACTED] 妹妹何 [REDACTED] 身份证
[REDACTED] 弟弟何 [REDACTED] 身份证
[REDACTED] 从2025年4月1日起至今享受我市
农村最低生活保障。

情况属实。

醴陵市社会救助服务中心

2026年1月8日



