

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: 2026315

申请日期: 2016年4月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	周	女	2015.12.27		广东省湛江市雷州市		
	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
	先天性主动脉瓣畸形伴重度狭窄	广州市妇女儿童医疗中心	2016.1.21	40-50万			<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 40%	<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	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 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: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	周	26	健康			
	母亲	郑	28	健康			
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿周 患有复杂先天性心脏病, 重度肺动脉高压, 主动脉瓣畸形, 病情危重, 现已完成二次手术, 后续仍需长期康复治疗, 费用高昂。父母均无业无收入, 全赖照顾患儿无经济来源, 家庭困难无力承担巨额医疗费用。万般无奈之下申请救助, 恳请广东公益恤孤助学促进会伸出爱心援手帮扶患儿, 我们全家感恩不尽! 谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 郑 2016年4月16日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断“二尖瓣关闭不全, 先天性主动脉瓣畸形, 主动脉导管未闭, 房间隔缺损, 肺动脉高压等。2016-3-19行“主动脉瓣成形术, 二尖瓣成形术, 房间隔部分修补术, POA切断缝合术。”2016-4-15行“二尖瓣生物瓣置换术。”目前仍在ICU住院治疗, 住院费用约32.5万元 医师签名: 李月 2016年4月17日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万五千元) (拾元一角一分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2016年4月20日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零元零角五分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2016年4月6日</p>							



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: 周 [redacted]	性别: 女	年龄: 4月
病种: 先天性主动脉瓣畸形	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为周 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话: [redacted]

经办人: 科信福

电话: 18924052214

日期: 2026年5月7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：周 性别：女 年龄：2月 科别：珠-CICU1组 床号 住院号

诊断：

1. 先天性主动脉瓣畸形(伴重度狭窄) 2. 动脉导管未闭 3. 房间隔缺损 4. 二尖瓣脱垂伴关闭不全 5. 肺动脉高压
重度 6. 腭裂

医嘱及建议：患儿2026-03-15至今我院住院治疗。

医师签名：李建成 / 李建成 /

日期：2026-4-3 11:35:23

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。



雷州市北和镇斗六村民委员会

证明

兹有我村委会斗六村民周
女，身份证号码
其父母均在家以务农为生，生活非常
困难，情况属实！望贵单位给予支持
与帮助为盼！

特此证明！

证明人：

负责人：周

电话

雷州市北和镇斗六村委会
2026年3月16日

