

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: 2026693

申请日期: 2026年 8 月 31 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	彭		男	2026年7月6日			广东省广州市番禺区	
	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 左心发育不良 主动脉瓣关闭不全		广州市妇女儿童医疗中心	2026年7月6日	40万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	彭	41	良好				
	母亲	刘	41	产后恢复				
1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 90000 元 3、固定资产: 1 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): 小孩目前正在医院ICU救治,原因是先天性心脏病,肺动脉瓣关闭不全,左心发育不良,需要做换瓣手术,每套手术40-50万,目前第一套手术已做完,还在重症监护室治疗,目前费用已近40万元,费用太高超过了我们家庭承受范围,上有两位70多岁老人要养,下有三个小孩读书,无力承担这么高的费用,特申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2026年 8 月 31 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): PA/LVS/右室发育不良/PDA (行B-T术后) 预计总费用达40万美金 医师签名: 黄名平 2026年 8 月 31 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20,000 元 (大写: 贰万 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王宇 2026年 9 月 2 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: 林钧泽 2026年 9 月 7 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: 彭 性别: 男 年龄: 21月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江院区)
月市动服心利波
右心室发育不全、肺动脉, 动服导管关闭

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), 将作为彭 的治疗费用。

受助人(监护人): 彭

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依东

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月8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：刘 B

性别：男

年龄：1小时 科别：珠-CICU1组

床号

住院号

13分

诊断：

1. 肺动脉闭锁 2. 右心发育不全综合征 3. 动脉导管未闭 4. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 5. 三尖瓣狭窄伴有关闭不全 6. 先天性主动脉瓣狭窄 7. 心力衰竭 8. 心脏手术后低心排综合征 9. 肺出血 10. 弥散性血管内凝血

医嘱及建议：患儿于2026-7-6至今我院CICU住院诊治

医师签名：

日期：2026-



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 彭 患 先天性心脏病 疾病，性别 男，年龄 2个月 岁，是 广东 省（区、市）中山 市（州） 县（区）港口镇 镇（街） 小组（居委会），（父亲：彭 母亲：刘） 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：彭 身份证号：

患儿母亲：刘 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2016 年 8 月 31 日

