

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: 2026757

申请日期: 2026年9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	
	冯		男	2008.10.15			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
	肺动脉狭窄、肺动脉闭锁		广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)	2015.1	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3-4万 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 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		
	父亲	冯	50	健康				
	母亲	宋	50	健康				
申请救助理由(请详细描述)		患儿来自广东省湛江市雷州市的农村,家里有6口人,父亲50岁母亲50岁因患儿患有先天性心脏病,目前已经历过三次大型心脏手术,而这次患儿要动手术的医疗费用大概需要30多万。 父母都是务农人员,收入微薄,无积蓄,甚至还因为多次手术费用欠债,哥哥姐姐因为家庭经济困难没读到什么书,刚出社会面临就业问题,目前家庭经济收入微薄,一年只有3-4万收入(包括日常支付),无房产,一半临租从家人亲戚处筹到8万元左右,与手术费用相差甚远,微薄的收入以及高额医疗费用让困难的家庭无法承担,所以申请帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 冯 2026年9月4日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 患儿9-4月肺动脉成形术+支架、肺动脉导管连接术、术后心功能低下,于2026-9-5行ECMO置入术,于2026-9-9撤ECMO,目前仍需呼吸机支持。预计费用30-40万,目前已花28万。 医师签名: 蔡林 2026年9月11日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元 (大写: 肆万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 冯靖反 2026年9月15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15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: 冯 [redacted] 性别: 男 年龄: 17
病种: 肺动脉狭窄, 肺动脉闭锁 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)

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), 将作为冯 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月23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: 冯 性别:男 年龄:17岁 科别:珠-CICU2组 床号 住院号:

诊断:

1. 肺动脉狭窄 2. 肺动脉闭锁 (矫治术后) 3. 肺动脉瓣关闭不全 (轻度) 4. 心脏术后低心排综合征 5. 心律失常 (室速) 6. 手术后胸腔出血 7. 肾功能不全 8. 肝功能不全 9. 腹腔积液

医嘱及建议: 患儿2026-8-29至今我院住院治疗.

医师签名:

日期:2026/9/11 11:37:29



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。

雷州市雷高镇大群村民委员会

证 明

兹有我村村民冯 身份证号：

该家庭主要经济来源
为务农，家庭经济微薄，生活困难，系我村
委会原建档立卡贫困户，因其儿子冯
身份证号： 患有先天
性心脏病，现进行第三次手术治疗，因治疗
费用较高，家庭无力全额承担，望贵会给予
资助为盼。

以上情况属实，特此证明。

雷高镇大群村民委员会

2025年9月4日

证明人：朱

联系方式：

