

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：2024080

申请日期：2024 年 3 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王志利		男	2023.08			广东	
	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		中山大学附属第一医院	2024.02.29	10-12万左右	ZY010031122594		☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 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			1、抚养 18 岁以下儿童 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴）60000 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： ☒ 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	王加兴	25	正常				
	母亲	唐小月	25	正常				
申请救助理由（请详细描述）	您好！本人家庭劳动力少，父母文化程度低（以务农为主），我常年在外工作维持一家人生活。在2023.08.09日出生一对双胞胎兄弟王志书、王志利（我儿子）不幸王志利6个月被查出患有重症先天性心脏病，治疗费用昂贵让原先不富裕的家庭更是雪上加霜，希望他们帮助我们减轻负担。谢谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：王加兴 2024 年 3 月 7 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患儿诊断“先天性心脏病”大动脉转位（干下型），肺动脉高压（重度），二尖瓣关闭不全（中度），卵圆孔未闭，心功能不全，结合患儿年龄、体重因素，治疗费用估计在10-12万元左右。							
	医师签名：李mm 2024 年 3 月 7 日							
	医院意见（盖章）：病情严重，请求救助为盼。							
建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）								
负责人签名：李mm 2024 年 3 月 7 日								
广东公益恤孤助学促进会意见：								
同意救助 ¥ 5000 元（大写：五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）								
负责人签名：李mm 2024 年 3 月 18 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: 王志利

性别: 男

年龄: 7月

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为 王志利 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐小月

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年3月19日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

科室(Department): 儿科综合专科

姓名(Name): 王志利 性别(Sex): 男

年龄(Age): 6月27天 门诊号(Clinic No.): 8004060713

诊断(Diagnosis):

室间隔缺损

医生(Doctor):

盖章(Seal):



《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名。
- 3、证书具有法律效力, 请谨慎开具。

证 明

兹有王开壮（户主），为广西
人，家庭户口6人，劳动力3人，收入来源主要靠
务工收入。由于文化水平低，务工收入低，家庭比较贫困。

特此证明

附：王开壮户资料

户主：王开壮，身份证号：

配偶：周金花，身份证号：

儿子：王加兴，身份证号：

女儿：王妹祝，身份证号：

孙子：王志吉，身份证号：

孙子：王志利，身份证号：

德保县敬德镇陇正村民委员会

2024年2月29日





王志利 男 7月
科室: 心儿科及
住院号: 003112