

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: 2024077

申请日期: 2024 年 3 月 11 日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨子焱	男	2019年5月15			云南	
	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 先天性心脏病	广州医科大学 附属第一医院	2019-5月	10万	0000850156	/	☐ 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 ____ %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>4000</u> 元 3、固定资产: <u>有</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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	杨国锐	36	健康		
	母亲	张廷珠	27	健康		

申请救助理由（请详细描述）	因患儿父母双方都是单亲家庭，无任何父母帮助。患儿爷爷很早就去世了，奶奶身体就不太好，一直吃药。他大伯娘生养齐累，医院家中养着，现欠债二十多万。到死前从没停过，也不能帮助家里。所以奶奶一直照顾大伯娘和大伯娘的两个孩子。患儿妈妈就只能在家带自家两个小孩，没有收入。父亲一人在外打工，收入也只能平时开销。患儿生出来先天心脏病，去重庆昆明等医院看，也一直做不了手术，一是昆明医院做不了这个手术，也没有这么多钱。所以才来到广医就诊。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨国锐 2024 年 3 月 11 日
---------------	---

医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）:	诊断主动脉瓣上狭窄，治疗费用10万零元。
	医师签名:	郭大金 2024 年 3 月 11 日
	医院意见（盖章）:	建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元（大写: 壹 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）
	负责人签名:	2024 年 3 月 12 日

广东公益恤孤助学促进会意见:
同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五 千 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）
负责人签名: 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 杨子燊 性别: 男 年龄: 4
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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 杨子燊 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨子燊

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周基明

电 话: 138 2227 9353

日 期: 2024 年 3 月 18 日



疾病诊断证明书

姓名：杨子燚

性别：男

年龄：4岁

住院号：0000850156

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- *1. 先天性主动脉瓣上狭窄
- 2. 肺动脉狭窄?
- 3. 威廉综合征[Williams 综合征]

此证

主诊科（盖章）

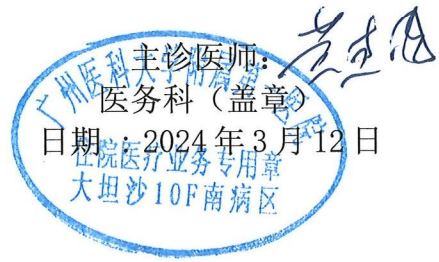


主诊医师：

医务科（盖章）

日期：2024年3月12日

住院医疗业务专用章
大坦沙10F南病区



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿杨子焱，性别男，
年龄4，是云南省 市（州） 县（区） 乡
/镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：杨国锐母
亲：张廷琼）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，
难以承担患儿全部医疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一
医院为患儿治疗先天性心脏病，并提供经济上的爱心资助。

家庭经济情况证明粘贴页

情况属实，特此证明！

低保证、低收入（低保边缘）证、孤儿或事实孤儿、困境儿童、

村居委、街道、区级开具相关证明

患儿父亲：杨国锐身份证号：

患儿母亲：张廷琼身份证号：

说明：
2. 如：低保证、低收入（低保边缘）证一直未更新日期，需提供
银行流水，佐证目前还申领到每月的低保金。

村委会/居委会盖章：



王应鑫

联系电话：

日期： 年 月 日

