

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: 2025040

申请日期: 2025年 1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		女	2024.2.11			广东省普宁市	
	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
	先天性心脏病		陈沛源	2025.1.7	5万元			☐ 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 1 名;		
	父 王	34	良好			2、家庭年收入(不含政府补贴) 46000 元		
	母 陈	30	良好			3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 1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)	家庭主要劳力务工为生, 经济基础较差, 现小孩患有先天性心脏病, 小孩母亲待在家照料家务, 家庭经济收入已无力支付治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2025年 1月 7日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	已向陈沛源 陈沛源 5万元 医师签名: 陈沛源 年 月 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 5000 元 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 陈沛源 2025年 1月 7日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 5000 元 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林锦祥 2025年 1月 20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: 王[模糊] 性别: 女 年龄: 1
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

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[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 王[模糊]

电 话: [模糊]

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: 2015年1月21日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 王 科室: 心胸外科心外病区 床号: 86 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 王 出生日期: 2024-02-11 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号: 86

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-01-07

病情摘要: 发现先天性心脏病3月余。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2房间隔缺损 1.3永存左上腔 1.4心功能II级

医生意见: 住院手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余剑
2025-01-08
南部战区总医院
(诊断专用章)



广东省普宁市 南溪镇下尾王村民委员会便笺

证 明

兹有我村村民王[REDACTED]，性别：女，身份证号码：
[REDACTED]，该员患有先天性心脏病，其父务工为生，月收入约 3800 元，其母在家料理家务、照顾小孩，家庭经济较为困难，望给予帮扶是盼。

特此证明



