

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:

2025044

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		
	李		男	2017.8.10			普宁市燎原镇后地村		
	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	
	室间隔缺损		南部医院	25.1.7	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 4名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2万 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	李	44	好					
	母亲	李	40	好					
申请救助理由(请详细描述)	孩子爷爷高血压,风湿,要养6个小孩子,本人现在在家待业,还没找到工作。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024年 12月 22日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):								
	室间隔缺损 总费用5万元								
	医师签名: 余 年 月 日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元整) 拾 元 零 角 零 分 负责人签名: 潘 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: 五千元整) 拾 元 零 角 零 分 负责人签名: 林 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: 李 性别: 男 年龄: 7
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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

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: 李 科室: 心胸外科心外病区 床号: 89 ID号: 住院号: 8

诊断证明

姓名: 李 出生日期: 2017-08-10 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号: 89

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-01-07

病情摘要: 自幼发现室间隔缺损。

当前诊断: 1. 先天性心脏病: 室间隔缺损(膜周型)并膜部瘤形成 2. 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)



普宁市燎原街道夏地村委会

证 明

兹有我村村民李[REDACTED]，男，身份证号码：[REDACTED]。
父亲李[REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]在外务工，母亲
李[REDACTED]，身份证号码：4[REDACTED]52[REDACTED]7在家务农，李[REDACTED]与
李[REDACTED]共同生育有六个子女，李[REDACTED]家庭经济全靠父亲李[REDACTED]一
人务工维持基本生活，家庭经济收入低，生活比较困难，以上情
况属实。

特此证明

夏地村村民委员会

2024年12月25日



