

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: 2025141

申请日期: 2025年3月19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱	男	2024年11月			广东省广州市从化区	
	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	广州医科大学附属第一医院	2024.11.25	100000元			☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 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 朱	31	良好		
	母亲 杨	30	良好		

申请救助理由(请详细描述):

本人家庭人口7人,劳动力2人,收入来源外出打工和务农,爷爷、奶奶年纪较大,长期卧床,靠奶奶照顾。大孩子读幼儿园中班,中孩子大概两岁左右,在家未读书。小孩子出生四个月后,患有先天性心脏病,经常感冒发烧,前段时间因肺炎住院一周了。现在小孩需要做手术治疗心脏病,我已无力支付小孩的手术治疗费用。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 朱 2025年3月19日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	室间隔缺损, 治疗: 室间隔缺损修补术
	费用:	100,000元
	医师签名:	刘 2025年3月19日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金	¥5000 元(大写: 伍仟元整)
	负责人签名:	2025年3月20日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 伍仟元整) (易碳专项)

负责人签名: 林 2025年3月24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

(易娱公益项目)

病童姓名:	朱	性别:	男	年龄:	4个月
病种:	先天性间隔缺损				
治疗医院:	广州医科大学第一附属医院				

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), 将作为朱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2015年3月28日



住院诊断证明

姓名: 朱正 性别: 男 年龄: 4月3天 住院号: 20250312001

地址: 广东省广州市从化区@广东省广州市从化

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025年3月12日

出院日期: 2025年3月20日

诊断: *1. 室间隔缺损

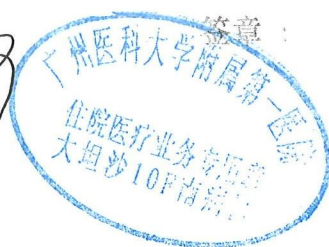
2. 卵圆孔未闭

3. 肺动脉高压

建议及注意事项:

医师签名: 刘云奇*

刘云奇



日期: 2025年3月20日

证明

兹有广东省广州市从化区江埔街山下村[REDACTED]号常住村民朱[REDACTED]、男、汉、身份证号码：[REDACTED]，患儿朱[REDACTED]、男、汉族、身份证号码：[REDACTED]户主：朱[REDACTED]男、汉族、身份证号码：[REDACTED]。家庭收入来源外出务工，家庭年收入 30000 左右，母亲：杨[REDACTED]女，汉族，身份证号码：[REDACTED]在家带三个小孩，照顾老人，没有收入，全靠老公在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此声明

广州市从化区江埔街山下村民委员会

2025 年 3 月 19 日



