

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: 2025172

申请日期: 2025 年 4 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		男	2013.07.29			广东省	
	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 室间隔缺损		广州医科大学附属第一医院	2023.8.9	10万			☐ 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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 6000 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	28	良好					
母亲		27	良好					
申请救助理由 (请详细描述)		家庭人口 25 人, 劳动能力以收入来源靠小农经济, 外出务工和小农经济打零工维持生活。小孩患有先天性心脏病 (先天性心脏病、高血压) 小孩经常发病, 经常生病, 发烧感冒以及刚出时有 (病理性黄疸以及肺炎) 住院费较高, 还有 5000 元未还, 对于小孩急, 工作不稳定, 家庭支出较大, 小孩上学费用, 信用欠款 5 万元未还, 更加无力承担小孩先天性心脏病手术治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 洪 2025 年 4 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断室间隔缺损, 治疗费用约 10 万元							
	医师签名: 邵大金				2025 年 4 月 10 日			
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 5000 元 (大写: 伍仟元整) 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025 年 4 月 10 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) 拾 元 角 分) (易破至项) 负责人签名: 2025 年 4 月 10 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: 吳[模糊] 性别: 男 年龄: 1岁
病种: 先天性心脏病(室间隔缺损) 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), 将作为吳[模糊] 的治疗费用。

受助人(监护人): 洪[模糊]

电 话: [模糊]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年4月15日



疾病诊断证明书

姓名：吴

性别：男

年龄：1岁

住院号：

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

诊断：*1. 先天性心脏病
2. 室间隔缺损（膜周部）

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁
医务科（盖章）

日期：2025年4月10日



陆丰市南塘镇梧厝村民委员会

证明

陆丰市 村委会 村组村民吴 ，男，1
岁未办理身份证，患有（冠心病）家庭情况，父亲，吴
身份证号码 母亲，洪 身份证号
码 家庭经济收入以农业为主，家庭年
收入 40000，属于我 村委低收入贫困户，因家庭子女过
多，老人失去劳动力造成家庭经济困难，
以上情况属实。

特此证明



