

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: 2025181

申请日期: 2025 年 4 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	
	赵		男	2023年1月			贵州省威宁县	
	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)		中国医大附属陆军军医大学总医院	2025.4)	5621			☐ 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 %
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	走	36	健康				
	母亲	马	37	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 8 万 元 3、固定资产: 1 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								
申请救助理由 (请详细描述): 孩子父亲走, 无固定工作, 靠打零工为生, 母亲马, 教师, 月收入 5100 元, 共有两个孩子, 姐姐赵, 学生, 上初二, 教育费用支出一年 3 万元左右, 孩子爷爷奶奶, 年过 60 岁, 没有收入, 身体不好, 劳动能力差, 靠家里赡养, 孩子外公外婆, 年过 60 岁, 没有收入来源, 每月给予他们 1000 元生活费, 外公前两年查出鼻咽癌, 在昆明云大医院做手术, 花费十几万, 家里承担不了, 部分费用本人保证, 上述情况完全真实, 房贷未还清, 负债压力大, 全靠母亲工资支撑, 收入单一, 无力承担全部费用 申请人签名: 马 2025 年 4 月 7 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 室间隔缺损 预计医疗费用 5621							
	医师签名: 欧阳 2025 年 4 月 7 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五 千 元 正) 拾 元 零 分) 负责人签名: 王显 2025 年 4 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 正) 拾 元 零 分) 负责人签名: 王显 2025 年 4 月 14 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

病童姓名: 赵[模糊] 性别: 男 年龄: 2岁
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), 将作为赵[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 马[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: 1382279353
日 期: 2025年4月16日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 赵 科室: 心胸外科心外病区 床号: 住院号:

诊断证明

姓名: 赵 性别: 男 年龄: 2岁2月15天 ID号:

单位: 身份: 一般人员

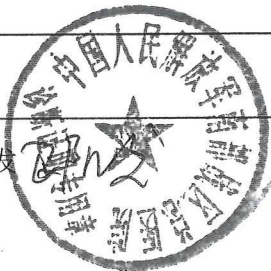
入院日期: 2025-04-07
出院日期: 在院 住院天数: 共住院0天

病情摘要: 患者因体检发现心脏杂音入院, 诊断为先天性心脏病, 拟手术治疗。

诊断: 1. 室间隔缺损 2. 心功能2级

治疗意见: 拟手术治疗。

经治医师: 林曦/欧阳发
2025-04-07, 16:29



南部战区总医院
(诊断专用章)



证 明

兹有[REDACTED]居民马[REDACTED]，女，
回族，身份证号：[REDACTED] 赵[REDACTED]，男，汉族，
身份证号：[REDACTED] 二人属夫妻关系，赵[REDACTED]，
男，回族，身份证号：[REDACTED] 赵[REDACTED]为马[REDACTED]
和赵[REDACTED]的孩子，该家庭经济收入低，生活困难，情况属实，
望给与支持 and 帮助。

特此证明！

海边社区居民委员会

2025 年 3 月 25 日

