

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: 2025208

申请日期: 2025年4月29日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	女	2024年4月23日	[模糊]		广西桂林	
	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	广州医科大学附属第一医院	2025.1月23日	10万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55%	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>2万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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	41	良好	[模糊]	
	母亲 黄	39	良好	[模糊]	

申请救助理由(请详细描述):

由于本人收入来源靠小个体店收入微薄,无力承担小孩先天性心脏病的巨额费用,家里还有大女儿上学,还有无劳动能力的老人,且本人尚欠银行贷款十多万元,至今无力偿还,孩子母亲没有正常的工作收入,因在家带两个小孩,患病也常导致生病有低血糖,耳石症,腰椎间盘突出,经常生病,本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 李 2025年4月29日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 先天性心脏病, 肺动脉狭窄, 房室间隔缺损, 手术费8万元
	医师签名: [模糊] 2025年4月29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: [模糊] 2025年4月29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) (易暖专项)

负责人签名: 林锦祥 2025年5月6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: 黃 [redacted] 性别: 女 年龄: 6个月12天
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙)

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), 将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年5月7日



疾病诊断证明书

姓名: 黄

性别: 女

年龄: 5 月 23 天

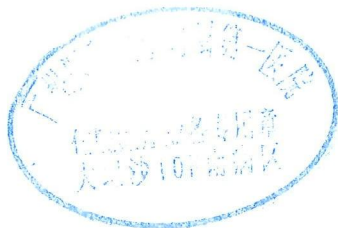
住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 1. 室间隔缺损 2. 中度 肺动脉瓣狭窄 3. 生长发育迟缓 4. 心力衰竭

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 29 日



证 明

兹有广西田林县乐里镇

常住居民黄 、女、壮族、身份证号:

丈夫李 、男、壮、身份证号码:

共育有两名女儿,其中小女儿为患儿:黄 、女、壮族、

身份证号码: , 户主黄 、男、壮族、

身份证号: 。家庭收入主要来源于个体

经营,家庭年收入 20000 元,家庭收入低,生活困难,情况属实。

特此证明。

田林县乐里镇新市社区居民委员会

2025年3月26日



