

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: 2025209

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	
	陈	女	2022.6.			广东省罗定市	
	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	广医附一	2022.7.3	9万元			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 一级
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 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) 40000 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 陈	25	良好		
	母亲 陈	22	良好		

申请救助理由 (请详细描述):

家庭人口 5 人, 劳动力 1 人, 收入来源靠打工, 家庭经济状况较为困难, 爷爷奶奶年老体弱, 无能力帮衬, 小孩子有先天性心脏病, 经常发烧感冒, 看病花费很大, 入不敷出, 23 年在广州市越秀区二沙岛中医院住院做瓣膜手术 3 次, 加上小孩重度精神发育迟缓, 一级残疾, 现在在本市妇幼保健院做康复治疗, 家里更是低保户无力支付小孩先天病手术费用。

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 陈 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, 需手术治疗, 费用 9 万元 医师签名: 陈 2025 年 4 月 29 日
	医院意见 (盖章):
建议给予医疗救助金 ¥ 1 万元 (大写: 壹万元 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025 年 6 月 29 日	

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万之整 仟 一 佰 零 拾 一 元 一 角 一 分) (易暖班)

负责人签名: 林钧泽 2025 年 5 月 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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 2
病种: 先天性心脏病 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 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年5月7日



疾病诊断证明书

姓名: 陈

性别: 女

年龄: 2 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. 房间隔缺损

2. 精神发育迟滞

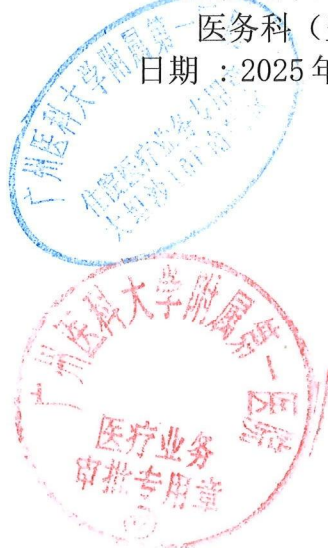
此证

主诊科 (盖章)

主治医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 4 月 29 日



户主姓名	陈	性别	男
出生年月	1961.04	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5
居住 地址	广东省罗定市		
户籍 地址	广东省罗定市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	罗	妻子	
	陈	儿子	
	陈	儿媳	
	陈	孙女	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

户主
照片
(核发单位加盖钢印)



核发单位: 罗定市华石镇人民政府

发证日期: 2023年12月28日

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:

