

## 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: 2025231

申请日期: 2025年4月28日

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                            |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                       | 姓名                                                                                                                                                                                                                     |    | 性别                                             | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 | 户籍所在地                      |                                                                              |
|                                                                                                                                                                            | 黄                                                                                                                                                                                                                      |    | 男                                              | 2019.12                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 | 广东                         |                                                                              |
|                                                                                                                                                                            | 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                                                                                                                                                                                                                 |    | 中国人民解放军南部战区总医院                                 | 2020.3                          | 10万元                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                     | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                            |    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40-45% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 %                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |                                                                              |
|                                                                                                                                                                            | 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;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>36000</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)                                                                                                                                                              | 黄 患先天性心脏病, 情况比较复杂, 2024年做了第1次手术, 现在要做第2次手术。孩子父亲打工, 工作不稳定, 收入低, 主要靠其收入来养家, 本人带娃无工作, 由于地处农村山区地区, 就业机会低, 又不会说本地客家话, 孩子情况特殊, 体质比较差, 需用心照顾, 因此本人带娃无收入。所以在此向贵单位申请帮助, 帮我们度过难关。我们感激不尽。<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 陈 2025年4月28日 |    |                                                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                            |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                       | 疾病诊断及治疗(费用):<br>单口室. 前胸膈板损伤 手术预计及取药费10万元左右<br>医师签名: 陈 2025年5月6日                                                                                                                                                        |    |                                                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                            | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 玖仟 贰佰 玖拾 玖元 玖角 玖分)<br>负责人签名: 邓 2025年5月6日                                                                                                                                       |    |                                                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                            |                                                                              |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 五 仟 元 整 拾 一 元 角 一分)<br>负责人签名: 邓 2025年5月12日<br> |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                            |                                                                              |



# 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: 黃    | 性别: 男               | 年龄: 5岁 |
| 病种: 先天性心脏病 | 治疗医院: 中国人民解放军南部战区医院 |        |

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), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃  
电 话:   
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):   
电 话:   
经办人: 周其明  
电 话: 13822279353  
日 期: 2015年5月14日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 黄 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号 住院号

## 诊断证明

姓名: 黄 出生日期: 2019-12-16 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 无 身份: 一般人员

入院日期: 2025-05-04 住院天数: 共住院2天

病情摘要: 患者因“心脏术后3年”入我科, 行心脏超声检查提示“1. 单心室 2. 房间隔缺损 3. 肺动脉狭窄 4. 双向格林术后”。拟手术治疗。

当前诊断: 1. 单心室 2. 房间隔缺损 3. 肺动脉狭窄 4. 双向格林术后

医生意见: 拟手术治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号



经治医师: 林曦  
2025-05-06 11:35

南部战区总医院  
(诊断专用章)



# 和平县上陵镇富良村民委员会

## 证明

兹有富良村:黄[REDACTED]男.出生于 2019 年 12 月.  
因患有先天性心脏病,其母亲在家带小孩,还有一个姐姐在上学,家庭没有其它经济来源,属低收入家庭.以上情况属实.

特此证明.



