

# 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: 2025238

申请日期: 2025年5月13日

|                                                                                              |                                                                                                                                      |                  |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                         | 姓名                                                                                                                                   | 性别               | 出生年月                                        | 身份证号码                         |                                                                                                                                                                                                                                                               | 户籍所在地                         |                                                                              |
|                                                                                              | 蔡                                                                                                                                    | 男                | 2007年6月                                     |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               | 广西桂林市平乐县                      |                                                                              |
|                                                                                              | 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                                                                         |
|                                                                                              | 小儿先天性心脏病                                                                                                                             | 广西医科大学附属医院第一附属医院 | 2009年3月10日                                  | 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 20% | <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 2 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 21600 元<br>3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input 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 checked="" 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)                                                                                | <p>本人五岁时父亲因病死亡,母亲是精神二级智障残疾人,父亲死亡后随而走失,从而就寄养于叔父家,靠政府无人抚养儿童津贴维持生活,故特向广东公益恤孤助学促进会救助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 蔡 2025年5月13日</p> |                  |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                                                              |
| 医院填写                                                                                         | <p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 主动脉瓣狭窄, 主动脉根部扩大+主动脉瓣机械瓣置换术; 治疗费用约10万元</p> <p>医师签名: 李222 2025年5月13日</p>                                           |                  |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                                                              |
|                                                                                              | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 5000.00 元 (大写: 伍仟零元整)</p> <p>负责人签名: 年 月 日</p>                                                        |                  |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                                                              |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万整) (易耀强)</p> <p>负责人签名: 林锦峰 2025年5月19日</p> |                                                                                                                                      |                  |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                                                              |



# 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: 蒙 性别: 男 年龄: 17 岁  
病种: 小儿先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学第一附属医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为蒙 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蒙

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: 1382279383

日 期: 2015年5月20日



广州医科大学附属第一医院  
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

## 住院诊断证明

姓名：蒙 性别：男 年龄：17 岁 住院号：

地址：广西藤县

科室：心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期：2025 年 4 月 29 日

出院日期：

诊断：\*1. 主动脉瓣狭窄  
2. 先天性主动脉瓣二叶瓣畸形  
3. 主动脉瓣脱垂  
4. 精神发育迟缓其他的，未提及行为缺陷？

建议及注意事项：手术治疗

医师签名：刘云奇\*

签章：



日期：2025 年 5 月 13 日

### 证明

兹有我平福乡思园村木桂组村民蒙 [redacted]，男，身份证号：  
[redacted] 与蒙 [redacted]，男，身份证号码：  
[redacted] 是叔侄关系，蒙 [redacted] 是蒙 [redacted] 的监护  
人，情况属实。  
特此证明。

平福乡思园村民委员会  
经办人：[redacted]  
2025 年 5 月 16 日

### 证明

兹有我平福乡思园村木桂小组村民蒙 [redacted] 于 2012 年 4  
月 13 日因病在家死亡，其妻曾 [redacted]，身份证号码：  
[redacted] 是二级智残人，蒙 [redacted] 死亡后曾  
因生活困难无依无靠改嫁他人，以上情况属实。  
特此证明。

平福乡思园村民委员会  
经办人：[redacted]  
2025 年 5 月 16 日

### 证明

兹有我平福乡思园村木桂组村民蒙 [redacted]，身份证号：  
[redacted] 其父亲死亡时间过久，母亲是二级智  
残人员（现已改嫁），该父母户口证件因时间久远保存不当  
已丢失，情况属实。  
特此证明。

平福乡思园村民委员会  
经办人：[redacted]  
2025 年 5 月 16 日

