

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: 202524

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	
	林		男	2022-7			广东汕尾	
	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		中山大学附属第一医院	2022-7	80000.00			☐ 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 40%	☐ 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 3 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元 3、固定资产： 0 套房子； 1 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	林	39	良好				
	母亲	蔡	36	良好				
申请救助理由（请详细描述）		先天性心脏病治疗费用昂贵，家庭收入低，无法支付治疗及手术费用，希望得到救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：林 2025年5月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 先天性心脏病、室间隔缺损、冠状动脉粥样硬化性心脏病、主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全、肺动脉瓣关闭不全、肺动脉高压、心力衰竭、心律失常、晕厥、猝死等。预计治疗费用8-10万元。							
	医师签名：林 2025年5月13日 医院意见（盖章）：情况属实，请求救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万 仟 元 正） 负责人签名：蔡 2025年5月14日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 5000.00 元（大写：五 仟 元 正） 负责人签名：林 2025年5月19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：林 性别：男 年龄：2岁
病种：先天性心脏病室缺 治疗医院：中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为林 的治疗费用。

受助人（监护人）：林

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：

电 话：1382279383

日 期：2015年5月20日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University



姓名：林 科别：心儿科及结构心病区 床号： 住院号：

2025-05-14 11:07

住院情况说明

林，男，2岁9个月，因“发现心脏杂音2年余”入院。入院后完善相关检查，确诊“先天性心脏病，室间隔缺损（膜周部）”，需要行手术治疗，目前于我院住院。特此说明。

医师：

2025年05月14日11时07分



情况说明

我名：林 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED] 户

籍地址：广东省海丰县 [REDACTED]

我儿子：林 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]

患有先天性心脏病，现就医于中山大学附属第一医院，需要进行手术治疗，我一家7口人：

父亲：林 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]。

母亲：陈 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]。

妻子：蔡 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]。

儿子：林 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]。

女儿：林 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]。

我和妻子在外打零工，家庭收入微薄，父母年老，身体也不好，大儿子读初一，女儿读幼儿园，小儿子林 [REDACTED] 医疗费用大，导致难以承担的经济困难，以上情况属实。

特此说明

经调查情况属实。
2025.5.14

说明人：林 [REDACTED]

2025年5月14日

