

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：2025250

申请日期：2025年5月19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	2023年8月3日			广东省惠来县	
	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
	法洛四联症 左室双出口	广州医科大学 附属第一医院	2023.8月	约15万			☐ 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 _____%	☐ 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>27000</u> 元 3、固定资产： <u>1</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 林	31	正常				
	母亲 郑	29	正常				
申请救助理由（请详细描述）	我是孩子的父亲，来自普通农业家庭，靠打工维持生活，需赡养78岁父亲和73岁母亲，母亲平时在家种菜想为我减轻负担补贴家用。妻子在家带两个孩子无收入。2023年8月儿子出生即患少见复杂先天性心脏病，法洛四联症，左室双出口，已花去9万多医疗费，使家庭陷入困难，微薄收入，实在无力承担二次手术费，恳请贵会再次助力，万分感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：林 2025年5月19日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：诊断：1.左心室双出口 2.室间隔缺损 3.肺动脉瓣狭窄 4.流出道狭窄 5.B-7分流术。治疗费用约15万元左右。						
	医师签名：郭大毅 2025年5月19日 医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元（大写：壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：wjt 2025年5月19日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ <u>15000</u> 元（大写：壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：梁梅彬 2025年5月26日 （易城专项） 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: 林 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 1岁9个月
病种: 法洛四联症 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为林 [REDACTED] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [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27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: 林 性别: 男 年龄: 1 岁 住院号:

地址: 广东省揭阳市惠来县

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 4 月 26 日

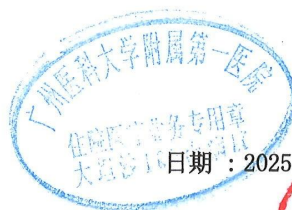
出院日期:

诊断: 1. 右心室双出口 2. 室间隔缺损 3. 肺动脉瓣狭窄 4. 右室流出道狭窄 5. 改良 BT 分流术后

建议及注意事项: 手术治疗

医师签名: 郭大鑫 郭大鑫

签章:



日期: 2025 年 5 月 19 日





核发单位: 惠来县

发证日期: 2024-11-05

户主姓名: 林

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	林	性别	男性
出生年月	2023-08-03	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭	I
居住地址	广东省-揭阳市-惠来县		
户籍地址	广东省惠来县		
低保资金 发放账号			
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	林	本人	0

家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
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:	

