

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: 2025261

申请日期: 2025年5月5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	2013年7月24日			广东省陆丰市	
	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	广州医科大学第一附属医院	2025.4.22	80000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 94%	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产:自建1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 林	40	健康				
	母亲 曾	35	健康				
申请救助理由(请详细描述)	因治疗费用较高,家庭收入较低,难以承担患儿全部医疗费用。 爸爸:家庭收入来源于外出务工,家庭年收入不高。 母亲:在家带三个小孩子,照顾瘫痪的老人,没有收入。 全靠父亲林 在外务工维持生活,家庭收入低,生活困难,情况属实, 家中老人瘫痪还有高血压。本人因母亲 常要吃药,还有欠外债。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名:林 2025年5月5日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性:室间隔缺损. 卵圆孔未闭. 总是用心 医师签名: 刘云 2025年5月28日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元(大写: 五千元整) (易暖生收) 负责人签名: 2025年5月30日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 五千元整) (易暖生收) 负责人签名: 林锦泽 2025年6月25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

(易娱公益项目)

病童姓名: 林 [redacted] 性别: 男 年龄: 11
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙院区)

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 [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): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2018年6月4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：11岁 住院号：

地址：广东省汕尾市陆丰市

科室：心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期：2025年5月26日

出院日期：

诊断：*1. 室间隔缺损

2. 卵圆孔未闭

建议及注意事项：手术治疗

医师签名：郭大鑫

签章：



日期：2025年5月29日

证 明

兹有广东省陆丰市上英镇笏邸村，常住村民林[REDACTED] 男，
汉。身份证号：[REDACTED]，患儿林[REDACTED]，男。汉族。
身份证号码：[REDACTED] 家庭收入来源于外出务
工，家庭年收入 40000，母亲，曾[REDACTED]，女。汉族。身份证号
码：[REDACTED]，在家带三个孩子，照顾瘫痪的老
人，没有收入，全靠父亲林[REDACTED] 在外务工维持生活，家庭收
入低，生活困难，情况属实，

特此证明

同意村贫困户意见。
2025年5月19日

上英镇笏邸村民委员会
2025年05月15日

林[REDACTED]

