

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: 2025263

申请日期: 2025年5月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	杨		女	2024.11.17			广东省河源市紫金县		
	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	
	先天性心脏病		河源市人民医院	2025.5.20	4.5万			☐ 是 ☐ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 100%	☐ 城镇居民 0%	☐ 商业保险 0%	☐ 其他保险 0%	☐ 无	残疾类型和级别: 先天性心脏病	
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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 23000 元 3、固定资产: 0 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	杨	20	良好					
	母亲	何	29	良好					
申请救助理由(请详细描述)	老人常年伴有慢性病,需要每个月吃药没有固定收入,单靠种点玉米来维持生活,父亲也上年纪了干不了重活,母亲患脑梗很多年,因为脑梗有一条腿走路都有点痛。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2025年5月26日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后经过治疗病情稳定,需住院至出院,预估总费用4.5万 医师签名: 罗村 2025年5月27日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 肆 仟 肆 佰 玖 拾 玖 元 玖 角 玖 分) 负责人签名: 王月华 2025年5月27日								
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹 万 肆 仟 肆 佰 玖 拾 玖 元 玖 角 玖 分) 负责人签名: 杨 2025年6月 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

病童姓名: 杨 性别: 女 年龄: 3
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为杨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

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6月4日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：杨 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：杨 出生日期：2021-11-17 性别：女 科室：心胸外科心外病区 床号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2025-05-22 住院天数：共住院5天

病情摘要：因“检查发现心脏杂音1年余”入院。心脏超声（外院）提示“室间隔缺损、肺动脉高压、卵圆孔未闭”。

当前诊断：1. 室间隔缺损 2. 卵圆孔未闭 3. 重度肺动脉高压 4. 心功能II级

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/欧阳发
2025-05-27 15:26



南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我村板桶组居民，杨 [REDACTED] 男，土家族，身份证号：
[REDACTED]，之配偶何 [REDACTED]，女，土家族，身份证号：
[REDACTED]，之女杨 [REDACTED] 女，土家族，身份证号：
[REDACTED]，该户经济收入低，家庭困难，
是建档立卡户属实。

特此证明



