

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: 2025278

申请日期: 2025 年 5 月 21 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2016.5.29			普宁市	
	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		普宁市人民医院	2025.2.7 2025.5.7	8000			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
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; 4-5 万元 2、家庭年收入（不含政府补贴） 3、固定资产: 1 套房子; 2 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	36	良好					
	母亲	36	良好					
申请救助理由（请详细描述）	老人医疗费用及小孩日常开支对原本不富裕的家庭造成影响 加上小孩患上先天性心脏病更加重了家庭负担 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 5 月 21 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:							
	石室双胎心、室间隔缺损 800。 医师签名: 2025 年 5 月 21 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥5000 元（大写: 五千元 佰元 拾元 角 分） 负责人签名: 2025 年 5 月 21 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 佰元 拾元 角 分） 负责人签名: 2025 年 6 月 3 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: 陈	性别: 女	年龄: 11
病种: 右室流出道疏通+左室双腔心		
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 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡
陈
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5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陈 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 陈 出生日期: 2014-05-29 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: 2025-05-26 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 因“检查发现心脏杂音10年余”入院. 入院查心脏超声提示右室双腔心、右室流出道梗阻

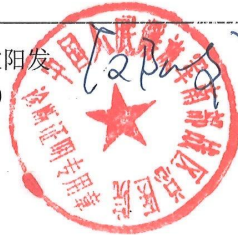
当前诊断: 1. 右室双腔心 2. 右室流出道梗阻 3. 心功能III级

医生意见: 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 15:10

南部战区总医院
(诊断专用章)



在线客服请扫码

普宁市流沙北街道办事处
大扬美村民委员会用笺
电话

证 明

兹有我村村民陈 ，性别女，身份证号码：
，父亲陈 ，身份证号码：
在外务工。母亲蔡 ，身份证号码：
是传统家庭妇女，在家务农。陈 与蔡
共生育有三个子女，生活来源依靠父亲陈 务工维持，家
庭经济拮据，情况属实。

特此证明



