

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: 2025277

申请日期: 2025 年 5 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	黄		男	202501			广东揭阳普宁		
	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	
	空间知觉障碍		普宁医院	2025 5.21	5700			☐ 是 ☒ 否	
	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	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 <u>4</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>37</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>2</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	黄	38	健康					
	母亲	陈	37	骨质增生					
申请救助理由 (请详细描述)	大孩子弱视斜视需长期矫正, 多个孩子需上学喂养困难, 家里老人患高血压需要夫妻一方在家照顾, 家庭收支来源只靠夫妻一方打工来维持, 现又小儿子患有先天性心脏病, 家庭实在无法筹集所需费用, 特申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 5 月 18 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):								
	空间知觉障碍 预计费用 5700 元								
	医师签名: 余训 2025 年 5 月 27 日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: 五 千 元 整) (拾 元 角 分) 负责人签名: 王世培 2025 年 5 月 27 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:									
同意救助 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: 五 千 元 整) (拾 元 角 分) 负责人签名: 林钢涛 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: 黃 [redacted] 性别: 男 年龄: 4个月
病种: 室缺 治疗医院: 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), 将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2018年6月5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：黄 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：黄 出生日期：2025-01-17 性别：男 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

病情摘要：出生时体检发现室间隔缺损。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：住院手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：余剑 手签： 2025-05-27
南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市梅塘镇远光村民委员会

证 明

兹有我村村民黄[REDACTED]，性别：男，身份证号码：
[REDACTED]，其父亲黄[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，在家务工；其母亲陈[REDACTED]，女，身份证
号码：[REDACTED]，在家务农；黄[REDACTED]与陈[REDACTED]共生
育4个子女，全家靠父亲黄[REDACTED]务工维持其基本生活，情况属
实。

特此证明

村（居）委会（盖章）

2025年05月20日



