

### 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: 2025414

申请日期: 2025年 8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                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                              |
|                                                                                                                                                                             | 梁                                                                                                     | 女            | 2019.2.8                                    |                               | 湖南省郴州市桂阳县                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                                              |
|                                                                                                                                                                             | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                             | 先天性心脏缺损                                                                                               | 广州医科大学附属第一医院 | 2019.3.12                                   | 8-10万                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                      | 购买保险情况及报销比例                                                                                           |              | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 | <input type="checkbox"/> 商业保险                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 其他保险 | <input type="checkbox"/> 无                                                   |
|                                                                                                                                                                             | 姓名                                                                                                    | 年龄           | 健康情况                                        | 联系电话                          | 1、抚养18岁以下儿童 3 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元<br>、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                               |                                                                              |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                                                                                               | 父亲                                                                                                    | 梁            | 36                                          | 好                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |
|                                                                                                                                                                             | 母亲                                                                                                    | 康            | 32                                          | 好                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |
| <p>家庭人口7人,劳动能力2人,收入来源靠打零工,爷爷奶奶已老体弱多病靠小孩妈妈照顾,大孩子梁 因鼻息肉手术两次花费38652元,梁 因5次肺炎住院花费39852元,现已欠债32860元还没有还清,更加无力支付小孩先天性心脏病手术治疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 康 2025年 8月 5日</p> |                                                                                                       |              |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                        | <p>疾病诊断及治疗(费用):<br/>诊断室间隔缺损,拟行经导管室间隔缺损封堵术。<br/>医师签名: 郭大 2025年 8月 8日 预计8-10万元。</p>                     |              |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |
|                                                                                                                                                                             | <p>医院意见(盖章):<br/>建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元(大写: 壹万 仟 零 佰 元 零 角 零 分)<br/>负责人签名: 2025年 8月 5日</p>               |              |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |
|                                                                                                                                                                             | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:<br/>同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 五 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 易建文<br/>负责人签名: 2025年 8月 5日 秘书处</p> |              |                                             |                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                              |



# 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: 梁 性别: 女 年龄: 6岁  
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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), 将作为梁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 康

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林佐韵

电 话: 18926052214

日 期: 2025 年 8 月 12 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: 梁 性别: 女 年龄: 6 岁 住院号

地址: 湖南省郴州市桂阳县 @湖南省郴州市桂阳县

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 8 月 5 日

出院日期:

诊断: 室间隔缺损

建议及注意事项:

医师签名: 刘云奇\*



日期: 2025 年 8 月 6 日



## 家庭情况说明

兹有出生缺陷(包括先心病)患儿梁 性别女年龄 7 岁,是湖南省郴州市桂阳县舂陵江镇七里坪村 村民(父亲:梁 母亲康 )的女儿。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。(家庭人口 7 口,劳动能力 2 人,收入来源靠打零工,爷爷奶奶体弱多病靠小孩妈妈照顾,大儿子梁 因鼻息肉手术两次花费 38652 元,梁 因 5 次肺炎住院花费 39852 元,现已欠债 32860 元还没有还清,更加无力支付小孩先天性心脏病手术治疗费用。)

患儿父亲:梁 身份证号

患儿母亲:康 身份证号

情况属实,特此证明。

申请人: (签字并按手指模)

单位盖章:

单位经办人签字:

单位经办人联系电话:

2015 年 7 月 23 日



