

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: 2025423

申请日期: 2025年 8月 6日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	张		女	2025.03.02			广东汕头
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	先天性心脏病 法洛四联症		南部战区 总医院	2025.6	8万		
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	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 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>2</u> 名; 精神残疾		
	父 张	39	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>25000</u> 元		
	母 张	37	健康		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		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					
因小孩患有先天性心脏病(法洛四联症)需要大人看护,无法正常上班,只能偶尔打零工补贴家用,本人父亲患有气管炎,母亲患有心脏病,都需要长期服药治疗,							
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025年 8月 6日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊为法洛氏四联症+卵圆孔未闭,需行心脏外科手术,预估手术费用8万。						
	医师签名: 林 2025年 8月 7日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万 仟 佰 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 陈松 2025年 8月 7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 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 刘锐峰 2025年 8月 11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:	張	性别:	女	年龄:	5个月
病种:	法洛四聯症	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），将作为張 治疗费用。

受助人（监护人）: 張

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代
表等）:

电 话:

经办人: 林作福

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 8 月 13 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：张 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名：张 出生日期：2025-03-02 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：2025-08-01

病情摘要：检查发现法洛四联症2月余。

当前诊断：1. 法洛四联症 2. 卵圆孔未闭 3. 心功能III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：
2025-08-06
南部战区总医院
(诊断专用章)



汕头市潮南区胪岗镇新中村民委员会

证 明

兹我村第 户村民张 女，身份证号码 因患先天性心脏病，现在广州南部战区总医院住院，根据医生建议，拟进行手术治疗。

其家庭成员共六人：父亲张 母亲张 胞兄张 祖父张 祖母林 家庭经济仅靠务农，收入微薄，人年均收入在本村水平线以下，是本村精准扶贫户。祖父因患气管炎，祖母因患心脏病，需长期服药治疗，生活困难。

情况属实，特此证明

胪岗镇新中村民委员会

2025 年 08 月 06 日



