

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: 2025494

申请日期: 2025 年 9 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2008-2-10			广东省清远市连州市	
	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
	室间隔缺损		广州市妇女儿童医疗中心	2019年5月	6万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30 %	☐ 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>1</u> 名;		
	父亲	吴	57	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>35000</u> 元		
	母亲	彭	56	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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		
申请救助理由（请详细描述） 我是患儿吴玉碧的监护人彭，家庭经济平时在靠打零工兼职收入低，患儿母亲外出务工，大儿子刚毕业工作只能维持自己生计，以前诊断时因家庭经济困难及认识不足未意识到治疗的重要性，以致现在患儿病情复杂多变，影响无法正常上学，现已就医，但无法承担患儿治疗的全部费用，如向广东公益恤孤助学促进会申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2025 年 9 月 14 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 室间隔缺损 治疗: 室间隔缺损封堵术 费用: 6万元。 医师签名: 刘云芳 2025 年 9 月 15 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元（大写: 壹万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 9 月 15 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元（大写: 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 9 月 15 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 吴 [redacted] 性别: 女 年龄: 17岁
病种: 先天性脑积水 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), 将作为吴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 彭 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月16日



廣州醫科大學附屬第一醫院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名: 吴

性别: 女

年龄: 17 岁

住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 室间隔缺损 膜周部



此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 9 月 12 日

证 明

兹有广东省清远市连州市丰阳镇朱岗
常住。村民：吴 男、汉族、
身份证号码 患儿：
吴 女、汉、身份证号
码 户主：吴 男、
汉族、身份证 家
庭收入来源于外出务工，家庭年收入 35000，
母亲：彭 女，汉族，身份证号
码 在家务农兼打零
工，主要收入靠父亲在外务工维持生活，家
庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。



朱岗村民委会证明人：吴 电话

2025 年 09 月 9 日

彭 彭

