

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: 2025541

申请日期: 2025年10月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陶	男	2024.06.20			贵州省威宁县	
	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
	先天性心脏病	贵州医科大学附属医院	2024.06.30	6万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	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		
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;		
	陶	24	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>40000</u> 元		
申请救助理由(请详细描述)	母亲	22	健康		固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车		
	陶	22	健康		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		
本人陶 家庭成员有两个年近的父母以及两个年幼无知的孩子一个就读于幼儿园,一个岁的常年病患在身,去年刚出生的双胞胎宝宝患有心脏病,小儿子没能抢救成功,属于早产儿,ICU病房住了四个多月才保下了太子,陶 耗费了所有经济,现有又要面临手术以经没有任何经济可以支撑了,所以求助于您们 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陶 2025年 10月 16日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):						
	诊断: 动脉导管未闭, 费用约6万零元						
医师签名: 郭大鑫 2025年 10月 16日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2025年 10月 17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)(易破破) 负责人签名: 2025年 10月 20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:	陶	性别:	男	年龄:	1岁
病种:	先天性心脏病治疗医院: 广东省人民医院				

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), 将作为陶 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陶

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信福

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 10 月 20 日



疾病诊断证明书

姓名: 陶

性别: 男

年龄: 1 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: *1. 动脉导管未闭

2. 轻-中度 肺动脉高压

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 10 月 17 日



正字
第
号

证 明

No 00

兹有草海镇中海社区 居民陶 男.汉
汉族.身份证号 家庭人口4人.劳动
力两人.家庭因陶 患有先天性心脏病.妻子在家带孩子.
家庭没有固定收入.导致家庭经济困难.该户在社区属于
低保家庭.情况属实

特此证明

经办人:陶 宁彝族回族苗族自治县草海镇中海社区居民委员会

(有效期 天)

2015年10月3日



