

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: 2025553

申请日期: 2025 年 10 月 15 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	林		女	2021.11.29			广东省广州市白云区		
	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		南部战区总医院	2022.3	4.5万			☐ 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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 18000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 无辆小车 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	林	42	正常					
	母亲	林	35	正常					
申请救助理由 (请详细描述)	夫妻双方无固定工作、家庭经济比较困难、因女儿林患先天性心脏病、家庭无法支付巨额医疗费用。特此向上级申请治病救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2025 年 10 月 15 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 先天性心脏病术后室间隔缺损, 需行心脏外科手术。预估手术费用 4.5 万								
	医师签名: 张书 2025 年 10 月 15 日								
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 屈松 2025 年 10 月 15 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 邓伟 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

病童姓名: 林

性别: 女

年龄: 5

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 广州市中国人民解放军南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话: 13924052214

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: 18924052214

经办人: 林佳韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月22日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：林 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名：林 出生日期：2021-11-29 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：2025-10-15

病情摘要：自幼发现室间隔缺损4年余。

当前诊断：1.先天性心脏病 1.1室间隔缺损 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：余剑

2025-10-15
南部战区总医院
(诊断专用章)



住院服务满意度调查

汕头市金平区 鮀莲街道玉井社区居委会

家庭情况说明

兹有我汕头市金平区鮀莲街道玉井社区居民林 [REDACTED] 男，1984年08月出生，身份证号 [REDACTED] 居住地址为汕头市松福 [REDACTED]

林 [REDACTED] 现有家庭人口6人，父亲，林 [REDACTED] 男，1957年09月出生，身份证号 [REDACTED] 年老无固定收入；母亲汤 [REDACTED] 女，1957年06月出生，身份证号 [REDACTED] 年老无固定收入；妻子林 [REDACTED] 女，身份证号 [REDACTED] 家庭主妇无固定收入；其子林 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED] 在校读书；其女林 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED] 患先天性心脏病。

因女儿患先天性心脏病，需要巨额治疗费用，家庭收入少，无力支付女的治疗费用。

特此说明

办公电话：[REDACTED]



