

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: 2025555

申请日期: 2025 年 10 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	男		男	2023年2月28日	[REDACTED]		云南省红河州蒙自市
	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		红河州医科大学附属第一医院	2024年3月	6万	[REDACTED]	[REDACTED]
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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	男	28	良好	[REDACTED]		
申请救助理由(请详细描述)	母亲	女	25	良好	[REDACTED]		
	家庭人口6人,劳动力2人,全家收入来源只靠一个开在乡镇上的小饭店,生活很平淡,不能勉强维持生活。孩子的妈妈为了更好的照顾孩子已经在蒙自全职带孩子,没有工作。加上孩子患有先心病,常常感冒发烧住院,在2024年4月5月都在云南省第一人民医院住院,2024年3月又在红河州妇幼保健院住了10天,孩子住院开销很大,1不敷出,也欠了70000元外债没有还清,更无力支付小孩先心病的手术治疗费用了。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: [REDACTED] 2025 年 10 月 23 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断 [REDACTED] 费用 [REDACTED] 医师签名: 邵大鑫 2025 年 10 月 24 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五 千 元 正) 负责人签名: [REDACTED] 2025 年 10 月 24 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 千 元 正) (易暖收) 负责人签名: [REDACTED] 2025 年 10 月 27 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: 冯	性别: 女	年龄: 2岁8月
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙院区)	

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), 将作为冯 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月28日



疾病诊断证明书

姓名：冯

性别：女

年龄：2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. 房间隔缺损
2. 右房扩大
3. 右室扩大

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24日

证 明

兹证明云南省红河哈尼族彝族自治州蒙自市新安所街道南屯社区居委会
居民冯 男、汉族、身份证号码
患儿冯 女、汉族、身份证号码 户主冯 男、
汉族、身份证号码 家庭收入源于开米线店，家庭年
收入 60000 元，母亲李 女、汉族、身份证号码
在家照顾孩子和老人，没有收入，全靠患儿父亲和奶奶卖米线维持生活，家
庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明



新安所街道南屯社区居委会

经办人：白

联系电话



