

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: 2025619

申请日期: 2025年 11月 17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2022.8.19			广东省广州市天河区	
	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
	室间隔缺损		广州医科大学附属第一医院	2025.9.04	50000			☐ 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 3 名;			
	父亲 黄	29	是健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元			
	母亲 杨	28	是健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 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			
申请救助理由(请详细描述): 患儿母亲在家照顾家庭,没有收入,家中的两个孩子就读,家庭收入低,生活困难,该家庭属于贫困家庭,情况属实。家中有两个孩子和老人需要抚养,患儿母亲收入实在低,无法承担昂贵的医药费。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年 11月 17日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损,手术费用5万元							
	医生签名: 刘 2025年 11月 21日 医院意见(盖章): 广州医科大学附属第一医院 2025年 11月 21日 建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2025年 11月 21日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟零佰零拾零元零角零分) (易破级) 负责人签名: 2025年 11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: 黃	性别: 男	年龄: 3
病种: 先天性心脏病	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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 11 月 25 日

疾病诊断证明书

姓名: 黄

性别: 男

年龄: 3 岁

住院号

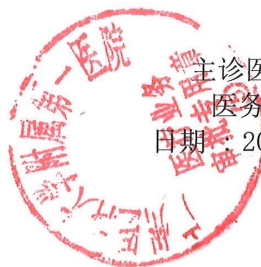
经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: *1. 室间隔缺损

2. 左 心房扩大

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 11 月 21 日

刘云奇
160266

陆丰市碣石镇更新村民委员会

证 明

兹有广东省陆丰市碣石镇更新村村民黄 [] 男、
汉族、身份证号码：[] 患儿黄 []
男、汉族、身份证号码：[]
家庭收入来源全靠父亲黄 [] 一人打零散工维持生活，
家庭年收入 40000，母亲，杨 [] 女、汉族、身份
证号码：[] 患儿母亲在家照顾家
庭，没有收入，家中多个孩子就读，家庭收入低，生
活困难，该家庭属贫困家庭，情况属实。

特此证明。

碣石镇更新村民委员会

2025 年 11 月 6 日



