

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: 2025683

申请日期: 2025年12月13日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周	男	2024.12			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
	①先天性双主动脉弓 ②房间隔缺损	广州医科大学附属第一医院 （天河区）	2024年12月	10万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 30-35%	☐ 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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5000</u> 元 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		
	父亲 周	30	正常				
	母亲 余	27	正常				
申请救助理由（请详细描述）	家里一共8口人，爷爷有手臂残疾，无法工作，还需要别人照顾，奶奶患有慢性疾病：高血压、糖尿病、哮喘、脑梗塞等...其中还有一个弟弟有精神疾病，无法工作，还需要别人照顾，还要治疗癫痫药物，还有弟弟妹妹还在上学，都没有赚钱能力，还要交学费和杂费，家里就我一个人打工赚生活费，远远不够开销，自己目前负债8万，老婆在家带孩子也无法工作，现孩子患有先天性心脏病，期间经济困难，为住院住院，住院期间，收入不稳定，更无力支付小孩看病手术治疗费用，在广东省医院咨询过当地医保报销比例不高，只能报销30%-35%，高额药费太高了，手术后又很贵的ICU费用也高，根本无力承担，现诚恳希望得到贵会救助，谢谢！！ 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 周 2025年12月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 先天性心脏病 双主动脉弓, 右心增大, 肺动脉高压, 预计费用10万						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元正角五分） 医生签名: 刘元奇 2025年12月14日 负责人签名: 冯少波 2025年12月14日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五仟零佰零拾元正角五分）（易发收） 负责人签名: 林国清 2025年12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: 周	性别: 男	年龄: 1
病种: 先天性心脏病: 双主动脉弓病间隔缺损	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大沙)	

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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 敬

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 12 月 17 日



广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 周 性别: 男 年龄: 11 月 23 天 住院号: [REDACTED]

地址: 广东省汕尾市陆丰市 [REDACTED]

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 12 月 2 日

出院日期: 2025 年 12 月 5 日

诊断: *1. 先天性双主动脉弓
2. 房间隔缺损

建议及注意事项:

医师签名: 刘云奇*

签章:



日期: 2025 年 12 月 5 日



陆丰市甲西镇创新村民委员会

证明

兹有广东省陆丰市甲西镇创新村委会
之一村民：余 女，汉族，身份证号码：
患儿周 男，汉族，身份证号码：
周 男，汉族，身份证号码：
家庭收入来源于外出务工，家庭年收入 50000 元，母亲，余 女，汉族，身份证号码：
在家带孩子，没有收入，全靠父亲周
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。
创新村委会办公电话：

陆丰市甲西镇创新村民委员会

2025年12月4日

林

