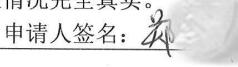
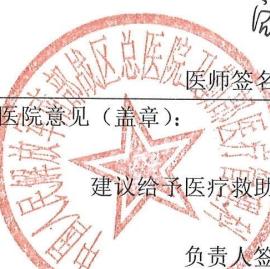
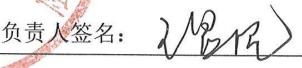


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025687

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		女	2024.10.28			广东省汕头市潮南区	
	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
	房间隔缺损		南都妇幼	2025.11.6	5000			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50 %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____ %	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2.45 元; 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车; 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父 王	37	良好					
	母 弟	35	良好					
申请救助理由(请详细描述)	①收入微薄: 全家5口人, 目前夫妻双方皆失业, 主要经济来源仅靠丈夫在外打零工维持, 每月收入极不稳定。 ②负担沉重: 家中尚有61岁父亲及62岁母亲需赡养, 母亲身体不好, 需长期吃药治疗, 同时需要抚养3个子女, 日常开销、教育费用已让家庭捉襟见肘。此次小儿童病更是雪上加霜。							
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名:  2025年12月8日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):  房间隔缺损 预计费用5000							
	医师签名:  2025年12月15日							
	医院意见(盖章):  建议给予医疗救助金 ￥ 5000 元 (大写: 伍仟元整) 负责人签名:  2025年12月15日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ￥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整) 负责人签名:  2025年12月22日								



廣東公益恤孤助学促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名:	王	性别:	女	年龄:	1岁
病种:	室间隔缺损				
治疗医院:	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 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人(监护人): 郑

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 孙立新

电 话: 18924052219

日 期: 2025年12月23日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 王

科室: 心胸外科心外病区

床号

ID号

住院号

诊断证明

姓名: 王 出生日期: 2024-10-28 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: 2025-12-08

病情摘要: 患者因“室间隔缺损及肺动脉高压”入院, 拟行手术治疗。

当前诊断: 1. 室间隔缺损 2. 卵圆孔未闭 3. 肺动脉高压 4. 三尖瓣反流 5. 心功能III级

医生意见: 拟行手术治疗。

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

2025-12-15

南部战区总医院
(诊断专用章)



家庭情况说明

兹有患儿王 患先天心脏病疾病，性别：女，年龄：1岁，是广东省汕头市潮南区成田镇 父亲：王 母亲：郑 村民的女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：王 身份证号码：

患儿母亲：郑 身份证号码：

以上所述情况属实，特此证明。

村委会地址：广东省汕头市潮南区成田镇

村委会经办人签字：王



扫描全能王 创建

