

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
	空间隔放假		南部城	2025.11.6	5202			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
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		
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) 2.4 万元 3、固定资产: 套房子; 1 辆摩托车; 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	陈	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, 需长期吃药治病, 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。此次小女儿重病更是雪上加霜。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 12 月 8 日						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗 (费用):							
	空间隔放假 南部城 5202							
	医师签名: 陈 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: 五 千 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周基明 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: 五 千 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周基明 2025 年 12 月 22 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: 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: 郑

电 话: 18924052214

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

联系电话

2025年12月21日



扫描全能王 创建

