

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: 2026003

申请日期: 2025 年 11 月 15 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	凌	男	2024.08.09			四川省资阳市雁江区	
	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
	右位主动脉弓 压迫气管	广东医科大学 附属第一医院	2024.8.	70000左右			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别:
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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>40000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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	凌	28	健康	
	母亲	周	26	健康	

申请救助理由 请详细描述

全年家庭收入 40000 ~ 45000 元。勉强一家三口支出，家里条件差，爷爷奶奶都是务农。本次治疗手术费预估 5 ~ 7 万元，实在无力支撑，如得到救助，十分感谢！妈妈在家全职带小孩，只有孩子父亲月收入 4000 元。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 凌 2025 年 11 月 15 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用） 肺: 60000、先天性双主动脉弓、气管狭窄

医师签名: 刘云奇 2025 年 12 月 29 日

医院意见（盖章）: 

建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元（大写: 壹万零仟元整 拾 零 元 零 角 零 分）

负责人签名: 陈少波 2025 年 12 月 30 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五仟零元整 拾 零 元 零 角 零 分）（易暖沁）

负责人签名: 邓锦峰 2026 年 1 月 5 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: 凌	性别: 男	年龄: 1岁
病种: 右位主动脉弓	治疗医院: 广东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), 将作为凌 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周
电 话:
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):
电 话:
经办人: 林伟新
电 话: 18924052214
日 期: 2026年1月5日



疾病诊断证明书

姓名: 凌

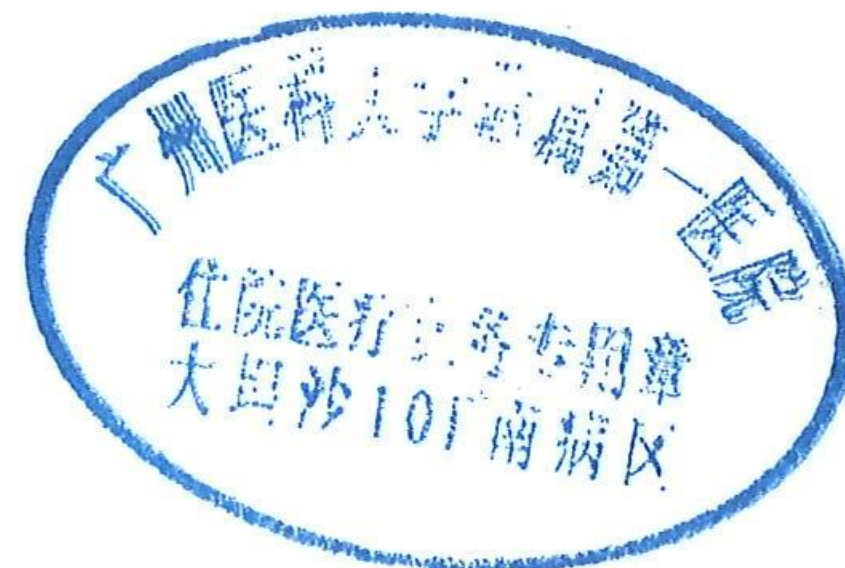
性别: 男

年龄: 1 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. 先天性双主动脉弓
2. 气管狭窄
3. 蚕豆病



此证

主诊科 (盖章)

主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 12 月 30 日



证 明

兹有四川省资阳市雁江区伍隍镇爆花村 村民凌 男，身份证号码 ，配偶周 女，身份证号码 于2024年生育凌 男，身份证号码 凌 因出生缺陷（先天性心脏病），周 要在家抚养幼儿，照顾老人，没有经济来源，凌 在外务工维持家庭开支。由于凌 治疗费较高，家庭无法承担全部费用，导致生活困难，情况属实。

特此证明

申 请 人：

单 位 盖 章：

经 办 人 签 字：

经办人联系电话



2025年 11月15日

