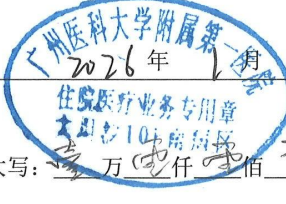
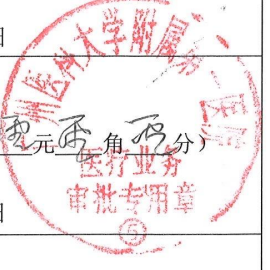


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026056

申请日期: 2026 年 1 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	邵		女	2025年4月			广东省清远市连州		
	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	
	先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院(大坦沙)	2025年7月	6万			☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>45</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>57600</u> 元 3、固定资产: <u> </u> 套房子; <u> </u> 辆摩托车; <u> </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	邵	40	良好					
	母亲	陈	35	良好					
申请救助理由(请详细描述)	本人陈 系患儿邵 的监护人, 户籍为广东省清远市连州 现常住广州市从化区 家庭为清远连州在册低保, 无稳定收入来源, 仅依靠配偶务工维持基本生活。患儿邵 于4月时确诊为先天性心脏病, 经接洽医生诊断, 需尽快手术治疗, 若延误将影响孩子生长发育, 甚至危及生命健康。此次费用太高, 已超低保家庭承受范围, 特向贵部门申请 本人保证上述情况完全真实。 救助! 申请人签名: 陈 2026 年 1 月 23 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损 费用6万								
	医师签名: 刘云青				 2026 年 1 月 23 日				
	医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: <u>壹万</u> 元 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)									
负责人签名: 邵 2026 年 1 月 23 日									
广东公益恤孤助学促进会意见:									
同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元 (大写: <u>壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分</u>) (易破坝)									
负责人签名: 何明峰 2026 年 1 月 26 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: 邵 性别: 女 年龄: 9个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为邵 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月27日



疾病诊断证明书

姓名: 邵

性别: 女

年龄: 8月23天

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. 轻中度 非风湿性二尖瓣关闭不全

3. 非风湿性三尖瓣关闭不全

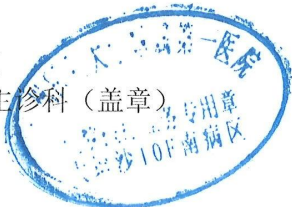
4. 肺动脉高压

5. 生长发育迟缓?

6. 湿疹

此证

主诊科 (盖章)

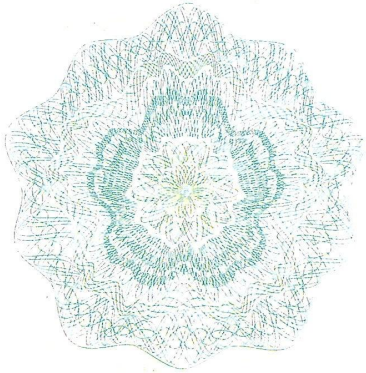


主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)



日期: 2026年1月23日



核发单位: 连州市民政局

发证日期: 2026.01.06

户主姓名: 邱

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	邱	性别	女
出生年月	2025.04.27	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	2
居住 地址	洲市从化区		
户籍 地址	广东省清远市连州市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	邱	本人	
	邱	姐妹	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名: 邱		姓名:	

