

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: 2026194

申请日期: 2026年2月26日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	张	男	2024.4.16		广东省茂名市电白县		
	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	广东省人民医院	2025.1.12	20万			<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 <u>50</u> %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> </u> %	<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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>2万</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: <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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	张	41	健康			
	母亲	黎	35	健康			
申请救助理由(请详细描述)	由于张和哥哥张均患有先天性心脏病,父母双方都是智障人,全靠年迈的爷爷奶奶照顾,爸爸在当地做清洁卫生工作,妈妈没工作,全家仅靠爸爸每月2000元工资维持日常生活费用,本就困难的家庭,现在俩兄弟都患有先天性心脏病,面对巨额的医疗费用,实在无力承担,积蓄早已耗尽,孩子的治疗刻不容缓,举步艰难,恳请贵单位为患儿提供医疗救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026年2月26日 供医疗救助。						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	室间隔缺损, 肘动脉高压, 总费用30万					
	医师签名:	张 2026年3月9日					
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 黎 2026年3月10日					
广东公益恤孤助学促进会意见:		同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 张 2026年3月13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: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]


电 话: 189 24 05 22 14

日 期: 2026年3月24日

户主姓名	张	性别	男性
出生年月	1985-03-06	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	4人
居住地址	广东省茂名市电白区马踏镇		
户籍地址	广东省茂名市电白区马踏镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	张	本人	0元
	黎	配偶	440元
	张	长子	0元
	张	次子	0元

户主
照片

(核发单位加盖钢印)



核发单位 电白区民政局

发证日期: 2026-3-2

户主姓名: 张

身份证号码: _____

低保证编号: _____

