

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：2026310

申请日期：2026年4月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡		女	2009年2月			广东省阳西县	
	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		广一医院	2009年5月	8-9万			<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 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 名：2名 2、家庭年收入（不含政府补贴）4000元 固定资产：0套房子；0辆摩托车；0辆小车 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			
	父亲 蔡	48	一般					
母亲 洪	48	一般						
申请救助理由（请详细描述）	家里五口人全靠爸爸务工养家，妈妈是家庭主妇无收入，姐姐京读本校就读读六年级，弟弟读小学一年级，学费要好几万，家里石角困难，没有钱治病！自己一直反复生病，家里还欠亲朋好友10多万未还！无法支付高额医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：蔡 2026年4月29日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：诊断：右室流出道重建术后，现室间隔缺损。肺动脉狭窄，左心室+右心室扩大。预计费用8-9万 医师签名：刘奇 2026年4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 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：张 2026年4月29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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）（易晓斌） 负责人签名：易晓斌 2026年5月6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: 蔡	性别: 女	年龄: 17
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院		

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), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [Redacted]

经办人: 林伟智

电 话: 1892452214

日 期: 2026年5月7日



疾病诊断证明书

姓名: 蔡

性别: 女

年龄: 17 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. 肺动脉闭锁

2. 心脏术后 (右室流出道重建术后)

3. 室间隔缺损

4. 右 心室扩大

5. 右 心房扩大

6. 右 心室肥厚

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2026 年 4 月 29 日

收入证明

经调查，兹有我社区居委会居民蔡 [REDACTED] 男，1978 年 3 月 29 日生，身份证号码 [REDACTED] 户籍地址：阳西县上洋镇居民委员会 [REDACTED] 配偶冼 [REDACTED] 女，1978 年 5 月 12 日生，身份证号码 [REDACTED] 患者蔡 [REDACTED] 女，2009 年 3 月 29 日生，身份证号码 [REDACTED] 三个子女学校在读，家庭收入来源于务工，家庭收入约 40000 元，家庭生活困难，难以承担蔡泳茹全部医疗费用。

特此证明



二〇二六年四月二十四日

