

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: 2026368

申请日期: 2026年5月27日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2024.9.26		广东省揭阳市		
	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
	三尖瓣反流(中) 部分型心内膜垫 缺损	广州医科大学附属第一医院	2024年9月	82元			<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 0%	<input type="checkbox"/> 商业保险 0%	<input type="checkbox"/> 其他保险 0%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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		
	父亲 黄	32	良好				
母亲 何	27	良好					
申请救助理由(请详细描述)	家庭情况比较困难. 家里6口人. 两老两小. 老母亲 右手残疾无力. 无劳动能力. 老母亲有残疾证证明. 老父亲: 黄 耳聋听觉不行. 嘴觉口哑. 与人沟通不了. 无劳动能力. 有残疾证证明. 妻子: 何 照顾老人与小孩. 无收入. 黄 一人上班. 本人保证上述情况完全真实. 养一家6口人. 申请人签名: 黄 2026年5月27日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 部分型心内膜垫缺损, 需手术治疗. 费用约82元.						
	医师签名: 张心 2026年5月27日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 正 角 分) 负责人签名: 张心 2026年5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 拾 元 零 角 零 分) (易破纸) 负责人签名: 秘书处 2026年6月1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: 黄 [模糊] 性别: 男 年龄: 1岁8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

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), 将作为黄 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄 [模糊]

电话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话: [模糊]

经办人: 林 [模糊]

电话: 18920052214

日期: 2016年6月2日



疾病诊断证明书

姓名: 黄

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. 先天性心内膜垫缺损
2. 生长发育迟缓

此证

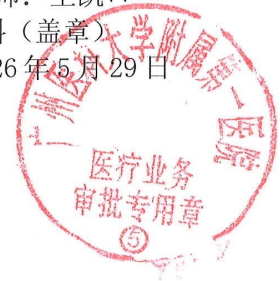
主诊科 (盖章)



主诊医师: 王凯**

医务科 (盖章)

日期: 2026年5月29日



证明

兹有广东省普宁市流沙南街道马栅村常住村民黄[]男,汉族,身份证号码:[]。患儿黄[],男,汉族,身份证号码:[]。家庭收入来源于外出务工,家庭年收入 50000 元,母亲何[],女,汉族,身份证号码:[]。[]在家带两个小孩,照顾老人,没有收入,全靠父亲黄[]在外务工维持生活,家庭收入低,生活困难,情况属实。

特此证明。

