

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026565

申请日期: 2026年7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	
	李	女	2013.8.26			贵州省威宁县	
	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
	室间隔缺损	南部战区总医院	2014.7	57元			☐ 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 5 名;		
	父亲 李	42	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
	母亲 袁	29	健康		3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	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						
	因两个孩子都患有先天性心脏病,需要手术,夫妻二人均务农为生,偶尔打点零工补贴家用收入较低,家中一共五个孩子,需要养育还要赡养双方父母,实在无力承担手术费用,今特申请重症困难儿童资助。谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 袁 2026年7月27日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损 预计手术费用 57元						
	医师签名: 2026年7月27日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万元整) 负责人签名: 2026年7月27日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月3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: 李

性别: 女

年龄: 12岁

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月4日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 李 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 李 出生日期: 2013-08-26 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2026-07-27

病情摘要: 患者室间隔缺损诊断明确, 拟行手术治疗。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 室间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见: 住院手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号



证 明

兹有我梨坪社区 居民李 女，汉族，身份证号 父亲李 男，汉族，身份证号 在外务工；母亲赵 女，汉族，身份证号 在家务农。李 与赵 共生育 5 个子女，要抚养的子女比较多，无固定性经济收入，家庭主要收入来源为务农及偶尔打零工，情况属实。

特此证明

梨坪社区居民委员会

2026 年 7 月 24 日



