

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: 2025034

申请日期: 2024年12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	
	杜		女	2024.3			广东普宁	
	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		南澳医院	24.1.7	5万			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名;			
	杜	31	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>38400</u> 元			
医院填写	母亲	黄	32	健康	3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>0</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			
孩子出生前,我与孩子的爸爸都有工作,家里每个月有6000多的收入,但一系列产检、无创DNA产前检测和羊水穿刺检查共花了3万多元,把我们的积蓄用得所剩无几。到了孕晚期,我辞去工作待产,家里只剩孩子的爸爸在工作,每个月的收入只剩3000多。孩子出生后,由于她的先天性心脏病,需要更多精力的照顾,我就在家全职带娃。每个月家里需要支出孩子爷爷的精神疾病治疗药物的费用,孩子的奶粉钱、纸尿裤钱以及全家一日三餐和水电费。本人的降压药费用。孩子的牛奶、奶粉钱。纸尿裤钱以及全家一日三餐和水电费。申请人签名: 黄 2024年12月23日 勉强维持收支平衡,实在无余力承担手术费用,希望广东公益恤孤助学促进会能施以援手,万分感谢!								
疾病诊断及治疗（费用）: 总费用3万+后手术费用5万 医师签名: 林 2025年1月7日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>5000</u> 元（大写: 伍仟元整） 负责人签名: 林 2025年1月7日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>5,000.00</u> 元（大写: 伍仟元整） 负责人签名: 林 2025年11月20日 秘书处								



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: 杜 [模糊] 性别: 女 年龄: 10个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 南部战区总医院

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), 将作为杜 [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): [模糊]
电 话: [模糊]
经办人: 周其明
电 话: 13822279353
日 期: 2025年1月21日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：杜 科室：心胸外科心外病区 床号：80 住院号：

诊断证明

姓名：杜 性别：女 年龄：0岁9月28天 ID号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2025-01-07
出院日期：暂未出院 住院天数：共住院2天

病情摘要：患者因“体检发现心脏杂音10月”入院，行心脏超声检查提示“房间隔缺损、室间隔缺损”，拟手术治疗。

诊 断：房间隔缺损，室间隔缺损

医生意见：拟手术治疗。

经治医师：林曦/欧阳发 2025-01-09 12:43

南部战区总医院
(诊断专用章)



普 宁 市
流沙北街道西陇村民委员会用笺

证明

兹我村村民杜[REDACTED]，女，身份证号码：
[REDACTED]，父亲杜[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，在外务工。母亲黄[REDACTED]，女，身
份证号码：[REDACTED]，家庭主妇，无工作。
杜[REDACTED]与黄[REDACTED]目前生育1个子女，全家靠父亲杜[REDACTED]
务工维持基本生活，家庭经济收入低，生活困难，情
况属实。

特此证明

西陇村民委员会
2024年12月26日

南部战区总医院

