

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:

2025167

申请日期: 2025年4月1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	胡		女	2020.3.4			云南省红河建水县	
	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		广医医院	2020.3.18	8万元			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:
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;		
	父亲	胡	45	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 约2万 元		
	母亲	黄	48	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		我女儿出生便被确诊患有先天性心脏病,这使得原本就紧张的家庭经济更加捉襟见肘,面对孩子的高额医疗费用,实在无力承担。因此,恳切申请救助,期望能得到帮助,缓解经济困境,让我能继续接受治疗,恢复健康。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年4月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病 肺动脉瓣狭窄(重度) 右室流出道狭窄 三尖瓣返流(中-重度) 卵圆孔未闭 8万元 医师签名: 刘云奇 2025年4月1日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥1000 元 (大写: 壹仟元 拾元 零角 零分) 负责人签名: 谢少波 2025年4月1日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 伍仟元 零角 零分) (易暖专项) 负责人签名: 邓晓娟 2025年4月8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: 胡[模糊] 性别: 女 年龄: 5岁一个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广医附属第一医院

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), 将作为胡[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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年4月9日



疾病诊断证明书

姓名: 胡

性别: 女

年龄: 5 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: 先天性心脏病 肺动脉瓣狭窄(重度) 右室流出道狭窄 三尖瓣返流(中-重度) 卵圆孔未闭

此证

主诊科(盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科(盖章)

日期: 2025 年 4 月 1 日



证 明

兹有云南省建水县 村村民 莫 ，男、汉族、身份证号码 患儿 胡 ，女、彝族、身份证号码 户主 胡 ，男、彝族、身份证号码 家庭收入来源于外出务工，家庭年收入 30000 元，母亲 莫 ，族、身份证号码 在家带两个孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明

西庄镇荒地村民委员会

2025 年 2 月 3 日



白水

白

