

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: 2025171

申请日期: 2025年4月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	刘		男	2024.2.8			广东省普宁市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	先天性心脏病 法洛四联症		广州医科大学附第一医院	2025.3.24 2024.10	80000~100000		
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
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>45000</u> 元; 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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	
	父亲	刘	36	良好			
申请救助理由(请详细描述)	母亲	刘	34	良好			
	家庭收入主要来源外公务工年收入40000左右, 母亲在家照顾老人、带2个小孩, 没有收入, 全靠父亲刘在外务工维持生活, 家庭收入低, 生活困难, 情况属实, 跟亲戚人借了30000块钱, 手术费自己无法承担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025年4月2日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):						
	诊断: 法洛四联症, 需手术治疗, 费用约8万元。						
	医师签名: 2025年4月2日						
医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 2025年4月2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: 五 千 零 拾 元 零 角 零 分) (易暖收)							
负责人签名: 2025年4月2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: 刘 [模糊] 性别: 男 年龄: 1岁2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), 将作为刘 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [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: 2015年4月15日



疾病诊断证明书

姓名: 刘

性别: 男

年龄: 1 岁

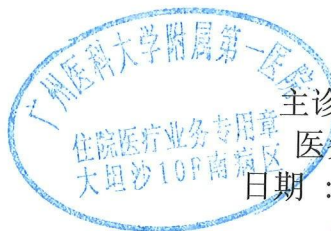
住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 法洛[法乐]三联症

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 4 月 2 日



广东省

普宁市南溪镇扬美村民委员会用笺

证明

兹有广东省揭阳市普宁市[REDACTED]常住村民刘

[REDACTED]男，身份证号码：[REDACTED]，患儿刘[REDACTED]男，

身份证号码：[REDACTED]，家庭收入来源外出务工，家

庭年收入 40000.00 元，母亲刘[REDACTED]女，身份证号码

[REDACTED]，在家带两个孩子，照顾老人，没有收入，

全靠父亲刘[REDACTED]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



