

# 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: 2025192

申请日期: 2025 年 3 月 19 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                  | 姓名                       |                                              | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地 |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 姚                        |                                              | 男                               | 2021.10.25                      |                                 |                            | 梅州平远  |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 先天性三尖瓣                   |                                              | 平远市南部                           | 2025年3月19日                      | 10万                             |                            |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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 60 % | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |       |                                                                              |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓名                       |                                              | 年龄                              | 健康情况                            | 联系电话                            |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 父亲                       | 姚                                            | 45                              | 良好                              |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 母亲                       | 张                                            | 30                              | 良好                              |                                 |                            |       |                                                                              |
| 1、抚养 18 岁以下儿童 8 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) 0 元<br>3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 申请救助理由 (请详细描述):<br>农村户口, 家有 8 口人, 夫妻无固定收入, 70 岁父母共同生活需赡养, 全家均为低保户, 每月政府补助约 3000 多元。<br>第四子姚某出生即有先天性心脏病, 因无钱医治延误至今, 本次又经诊断为三尖瓣, 需尽快手术, 请求给予治疗费用帮助。<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 姚 2025 年 3 月 19 日                                                                        |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                  | 疾病诊断及治疗 (费用):            |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 阜外医院 预计手术费用 10-12 万元     |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       | 医师签名: 欧如松 2025 年 4 月 7 日 |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 医院意见 (盖章):                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 负责人签名: 梁松 2025 年 4 月 7 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 仟 佰 拾 元 角 分)                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                              |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 负责人签名: 孙利华 2025 年 6 月 21 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: 姚[模糊] 性别: 男 年龄: 3岁

病种: 癫痫 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为姚[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 姚[模糊] 姚[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2025年4月26日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 姚 科室: 心胸外科心外病区 床号: 81 ID号: 住院号:

## 诊断证明

姓名: 姚 出生日期: 2021-10-25 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号: 81

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-04-07 出院日期: 2025-04-08 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 患儿生后发现口唇紫绀, 当地医院诊断为先天性心脏病, 因经济原因暂未手术。今拟我院手术治疗。

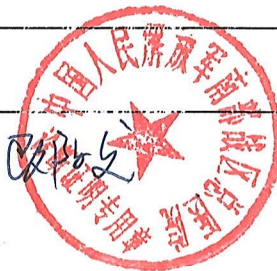
当前诊断: 1. 单心室 2. 心功能3级

医生意见: 拟手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 林曦/欧阳发  
2025-04-08 09:23

南部战区总医院  
(诊断专用章)



# 证明

兹有织金县猫场镇凤坪村 **姚**，性别：男，民族：汉族，身份证号码：**520324198710250018**，于2024年11月进入“全国防止返贫监测和衔接推进乡村振兴”信息系统属于我镇建档立卡监测户，望贵单位为其办理相关事宜为谢！

特此证明

经办人：刘

2025.4.14



The screenshot shows the user interface of the National Anti-Return to Poverty Monitoring and Connecting to Promote Rural Revitalization Information System. It includes a header with navigation tabs, a main content area with a table of household members, and a right-hand sidebar with various data entry fields.

| 序号 | 姓名 | 身份证号               | 性别 | 与户主关系 |
|----|----|--------------------|----|-------|
| 1  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 户主    |
| 2  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 3  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 4  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 5  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 6  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 7  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 8  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |
| 9  | 姚  | 520324198710250018 | 男  | 儿子    |

Additional fields visible in the interface include: 姓名 (Name), 身份证号 (ID Number), 性别 (Gender), 出生日期 (Date of Birth), 文化程度 (Education Level), 健康状况 (Health Status), 婚姻状况 (Marital Status), 是否低保户 (Is Low-income Household), 是否建档立卡户 (Is Registered Household), 是否脱贫户 (Is Poverty Alleviated Household), 是否监测户 (Is Monitored Household), 是否边缘户 (Is Edge Household), 是否重点户 (Is Key Household), 是否贫困户 (Is Poor Household), 是否低保户 (Is Low-income Household), 是否建档立卡户 (Is Registered Household), 是否脱贫户 (Is Poverty Alleviated Household), 是否监测户 (Is Monitored Household), 是否边缘户 (Is Edge Household), 是否重点户 (Is Key Household), 是否贫困户 (Is Poor Household).

