

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: 2025207

申请日期: 2025年4月29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	2024年9月13日			广东省罗定	
	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	2024.9.15	83			☐ 是 ☒ 否
	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:

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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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 胡	32	良好		
	母亲 黎	30	良好		

申请救助理由(请详细描述):

家庭有7口人, 主要收入仅靠父亲(胡)一人打普工, 爷爷患有慢阻肺, 需要长期吃药和看医生, 爷爷奶奶均超过60岁, 在家务农需要赡养, 二姐失业在家多年, 无任何收入, 大儿子读幼儿园, 小女儿患有先天性心脏病, 急需手术治疗, 家庭人均可支配收入, 入不敷出, 无力承担医疗费用, 特申请公益基金资助

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 黎 2025年4月29日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	1. 部分型先天性心内膜垫缺损 2. 窦性心动过速 8~10万.
	医师签名:	刘玉奇 2025年4月29日
	医院意见(盖章):	

建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元整) (易破专项)

负责人签名: 2025年4月29日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元整) (易破专项)

负责人签名: 林锦泽 2025年5月6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

(易娱公益项目)

病童姓名: 胡	性别: 女	年龄: 7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 胡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2018年5月7日



疾病诊断证明书

姓名: 胡[] 性别: 女 年龄: 7月3天 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: *1. 部分型 先天性心内膜垫缺损
2. 窦性心动过速

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29日



证明

兹有广东省罗定市泗纶镇胜乐村[REDACTED]村民:胡[REDACTED]、男、汉族身份证:[REDACTED] 患者:胡[REDACTED]、女、汉族、身份证:[REDACTED] 户主:胡[REDACTED]、男、汉族身份证:[REDACTED] 家庭收入来源外出务工,家庭年收入 60000, 母亲:黎[REDACTED]、女,汉族,身份证号码:[REDACTED] 一家带两小孩,照顾老人,没有收入,全靠父亲胡[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

罗定市泗纶镇胜乐村民委员会



