

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: 2025219

申请日期: 2025 年 4 月 28 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	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	广州医科大学附属第一医院	2024.11.23	8万			☐ 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 32 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3 万 元 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车 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	38	良好		
	母亲	42	良好		

申请救助理由(请详细描述)	本人一家 7 人, 住... 夫妻二人名下共有 3 个孩子, 最小这个孩子患有先天性心脏病, 需要大笔治疗费用, 本人在家照顾孩子并陪同就医, 无收入, 仅靠丈夫打零工年收入 3 万元维持一家人的开支, 家庭生活非常困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓... 2025 年 4 月 28 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	1. 先天性心脏病(法洛四联症) 2. 卵圆孔未闭 8~10万。
	医师签名:	陆国荣 2025 年 4 月 29 日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元(大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 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 仟 零 拾 元 零 角 零 分)(易破专便) 负责人签名: 林... 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: 葛 [redacted] 性别: 男 年龄: 5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), 将作为葛 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年5月9日



疾病诊断证明书

姓名: 葛

性别: 男

年龄: 5月5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. 先天性心脏病 法洛四联症

2. 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29日

贫困证明

兹有[]上区居民邓[]，女，汉族，身份证号码：
[] 配偶：葛[] 男，汉族，身份证号码：
[] 夫妻二人家庭人口7人，住[]社区
[]室，父母年老多病，夫妻二人名下共有三个
孩子，最小这个孩子郭[]患有先天性心脏病，需要大笔治
疗费用，本人在家照顾孩子并陪同就医，无收入，仅靠丈夫
打零工年收入3万元维持一家人的开支，家庭生活非常困难。

特此证明



