


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: 2025246

申请日期: 2025年4月30日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梅	男	2012.06.			云南凤庆	
	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	云南省第一人民医院	2019.5	6.5万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 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	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	梅	42	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>39040</u> 元		
					3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	<p>因孩子梅 患有先天性心脏病,急需手术治疗,然而由于家庭经济困难,我们无法承担高昂的医药费用,我们家庭年收入仅39040元,主要来源以务农务工为主,勉强维持基本生活。手术费用远高于我们家能承担的范围,对于我们家庭来说是一笔不小的数字,梅的病情较为严重,我们请您伸出援助之手,帮助我们渡过难关。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 梅 2025年4月30日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病, 手术费用6.5万						
	医师签名: 林 2025年5月9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 零 角 分)						
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 一 拾 元 零 角 一分) 负责人签名: 林 2025年5月9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：梅 [redacted] 性别：男 年龄：13岁

病种：先天性心脏病 治疗医院：广州市中国人民解放军南部战区总医院

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），将作为梅 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：梅 [redacted]

电话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电话： /

经办人：周其明

电话：13822279383

日期：2015年7月21日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：梅 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：梅 出生日期：2012-06 性别：男 科室：心胸外科心外病区 床号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2025-05-07

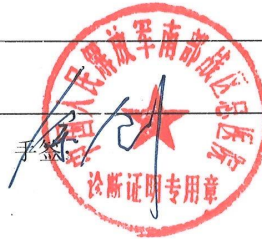
病情摘要：患者因“活动后胸闷、气促1月余”入院。

当前诊断：1.先天性心脏病：1.1主动脉重度狭窄 1.2主动脉瓣二叶畸形 2.心功能II级

医生意见：住院手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：余剑
2025-05-08
南部战区总医院
(诊断专用章)



家庭经济情况证明

兹有我镇水菜林村村民：梅 [REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED] 长子梅 [REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED] 次子梅 [REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED]，父亲梅 [REDACTED]，男，身份证号码
[REDACTED] 母亲段 [REDACTED] 女，身份证号码：
[REDACTED] 平时经济来源以梅 [REDACTED] 在周边打零工、务
农为主。2020年6月9日与妻子离婚，现在因老人年纪大，两
个孩子还在上小学，加之梅 [REDACTED] 查出先天性心脏病，梅 [REDACTED] 在家
照顾两个老人和小孩，属于我镇农村低保家庭（低保证号：
[REDACTED]）。

特此证明！

经办人：马 [REDACTED]

联系电话：[REDACTED]



