

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: 2025283

申请日期: 2025 年 6 月 5 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2019.6.30			广东省惠来县
	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		广东省中医院 大冚院区	2023.3.23	25万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 5 名；		
	父亲 陈	31	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元		
	母亲 黄	32	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
医院填写	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		
	本人陈, 女儿陈, 患心脏病, 医疗费用高, 妻子因为带孩子无法工作, 家庭经济全靠本人打杂工, 收入低, 5个孩子年幼, 两个老人, 负担重, 无法承担医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年 6 月 5 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 三尖瓣前叶脱垂, 三尖瓣大量反流, 二尖瓣轻度反流 (约25万元)						
	医院意见（盖章）:  2025 年 6 月 5 日 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 孙仲全 2025 年 6 月 6 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 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 孙仲全 2025 年 6 月 6 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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 6
病种: 心脏病 治疗医院: 陈省中医院(大学城医院)

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄 [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: 周其珏

电 话: 18924052214

日 期: 2015年6月10日

诊断证明

患者陈 (住院号:) 身份证号: 余 2025

年 5 月 13 日在我院住院诊治。目前诊断: 1.三尖瓣前叶脱垂 2.三尖瓣大量反流 3.
二尖瓣中量反流。特此证明!

主治医师: 黄伯湘

广东省中医院大学城医院心胸外科

2025 年 6 月 5 日



家庭情况说明

兹有心脏病患者 陈，性别 女，年龄 6，是省（区、市）揭阳 市（州）惠来 县（区）陆丰 乡镇（街道）龙舟 村民小组（居委会）村民。需要接受手术治疗，因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患者全部医疗费用，希望相关慈善组织提供经济上的爱心资助。

患者：陈

身份证号：

患者家属：陈

身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

联系电话：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：

日期： 年 月 日



