

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: 2025303

申请日期: 2025年 6月 21日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	撒	女	2008年11月19日			广东省韶关市	
	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	2025年4月26日	8万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 城镇居民 _____ %	☐ 商业保险 _____ %	☐ 其他保险 _____ %	☐ 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 3 名;		
	父亲 撒	39	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元		
	母亲 马	33	良		3、固定资产: 0 套房子; 0 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		
申请救助理由(请详细描述)	本人无固定职业, 家庭经济收入于在韶阳区务工, 家庭收入低, 抚养3个孩子, 母亲马 在照顾孩子, 没有收入, 只能靠父亲务工来维持生活。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 撒 2025年 6月 21日						
医院意见	疾病诊断及治疗(费用): 49338.51元, 诊断: 室间隔缺损 医师签名: 邵大鑫 2025年 6月 21日 建议给予医疗救助金 5000 元 (大写: 一 万 五 千 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢少波 2025年 6月 22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 零 拾 元 零 角 零 分) (易破项) 负责人签名: 孙钧涛 2025年 6月 23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

(易娱公益项目)

病童姓名: 撒 性别: 女 年龄: 16
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), 将作为撒 的治疗费用。

受助人 (监护人): 撒

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: 18924052214

日 期: 2015年6月24日



疾病诊断证明书

姓名：撒

性别：女

年龄：16岁

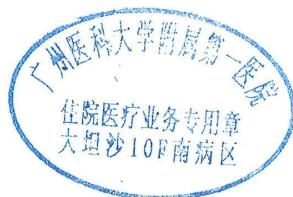
住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- 诊断：*1. 室间隔缺损
2. 室间隔膜部瘤
3. 心动过缓

此证

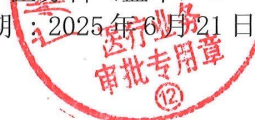
主诊科（盖章）



主诊医师：刘云奇

医务科（盖章）

日期：2025年6月21日



证 明

兹有昭通市昭阳区守望乡卡子村 [REDACTED] 村民撒 [REDACTED]，性别：女，民族：回族，身份证号：[REDACTED]，其父亲撒 [REDACTED]，民族：回族，身份证号码：[REDACTED]，母亲马 [REDACTED]，民族：回族，身份证号码 [REDACTED] 均为农民，无固定职业，家庭经济收入于在昭阳区务工，家庭年收入 50000 元，母亲马 [REDACTED] 在家照顾孩子，没有收入，只能靠父亲务工来维持生活，家庭收入低，望在政策范围内予以帮助为谢！

此证明仅用于撒 [REDACTED] 就医用。



