

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: 2025313

申请日期: 2025年6月25日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	梁		男	2024.1.08			广东省广州市海珠区		
	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	2025.1.	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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000元 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				
	父亲	梁	24	良好					
	母亲	梁	26	良好					
申请救助理由(请详细描述)		家庭5人,劳动力1人,收入来源由汪 外出打工,爷爷奶奶身体均受过伤,奶奶有高血压,二老脚都显骨折,靠小孩爸爸在家照顾,大孩在上幼儿园中班,二孩马上入学,三孩患有先天性心脏病,经常发烧感冒肺炎去医院,这费用已无法支撑,本人欠债60000元,加上小孩看病治疗费用无法承担 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年 6 月 25 日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病:室间隔缺损. 治疗费用: 8万元. 医师签名: 谢少波 2025年 06月 25日								
	医院意见(盖章):  建议给予医疗救助金 ¥ 10000.00 (大写: 壹万零仟零拾元零角零分) (易破专收) 负责人签名: 2025年 6月 26日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万零仟零拾元零角零分) (易破专收) 负责人签名: 2025年 6月 30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: 贺 性别: 男 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为贺 的治疗费用。

受助人 (监护人): 贺

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: 2025年 7月 | 日

疾病诊断证明书

姓名: 贺 性别: 男 年龄: 7月15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. 室间隔缺损
2. 卵圆孔未闭

此证
主诊科 (盖章)



证明

兹有我乡果珠村 村民贺 民族：
汉族，性别：男，身份证号码：
2025 年 2 月至今在我乡享受农村低保，低保证号：
实属我乡低保户。

特此证明

果珠乡社会保障服务中心

民政负责人： 谭

2025 年 6 月 27 日

