

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: 2025329

申请日期: 2025 年 7 月 4 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	塞	女	2023年9月12日			广东省广州市白云区	
	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年3月8日	8712			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	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	
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 塞	35	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 52000 元		
	母亲 塞	31	健康		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）	家庭人口 5 人，劳动力 1 人。收入来源靠打工，全家就靠父亲一个。母亲要照顾三个孩子，大的一个读六年级，老二的一个读幼儿园，最小的一个有先天性心脏病，经常感冒、发烧、肺炎，今年 3 月 8 日到昆明儿童医院住院花费两万多，还欠了一部分医疗费，更加无力支付。小孩先天性心脏病手术费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 塞 2025 年 7 月 4 日						
医院填写	疾病诊断及治疗费用: 住院费用 8 万元 广州医科大学附属第一医院 住院医疗业务专用章 大坦沙院区 邵大毅 2025 年 7 月 4 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 伍仟元整） 负责人签名: 2025 年 7 月 4 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 伍仟元整）（易媛贞） 负责人签名: 梁秋 2025 年 7 月 7 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: 蹇 性别: 女 年龄: 1
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学第一附属医院

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), 将作为蹇 的治疗费用。

受助人 (监护人): 袁

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7日

住院诊断证明

姓名: 蹇 性别: 女 年龄: 1 岁 住院号:

地址: 云南省昭通市彝良县@云南省昭通市彝良县

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 6 月 20 日

出院日期: 2025 年 7 月 4 日

诊断: *1. 室间隔缺损

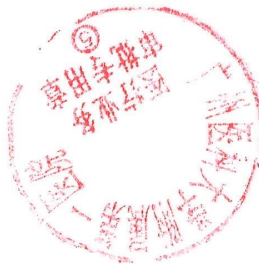
2. 卵圆孔未闭

3. 心力衰竭

建议及注意事项:

医师签名 : 刘云奇*

签章 :



日期 : 2025 年 7 月 4 日



证 明

兹有云南省昭通市彝良县角奎街道花生地社区
居民户主周 ，女，汉族，身份证
患儿蹇 女，汉族，身份证号码
父亲蹇 男，汉族，身份证号码
家庭收入来源于本地务工，家庭年收入 52000 元，母亲
女，汉族，身份证号码 在家带 3
个孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲蹇 务工维持生
活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明

角奎街道花生地社区居民委员会

2025 年 05 月 19 日



