

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: 2025346

申请日期: 2025年 7 月 12 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	美	女	2008.03.02			贵州省兴义市	
	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5月	7万		/	☐ 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 2 名;		
	父亲 蔡	49	较差		2、家庭年收入（不含政府补贴） 48000 元		
	母亲 石	46	一般		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）	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						
	家庭人口 4 人 劳动力 2 名 收入来源靠妈妈打工和爸爸务农 孩子在贵州上学 小孩上学每样生活都是 一笔不小的开销 对于我们这种家庭来说 家庭收入微薄 入不敷出 生活负担沉重 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: 石 2025 年 7 月 12 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 房间隔缺损, 脊柱侧弯 费用: 约 7 万多元。						
	医师签名: 郭大鑫 2025 年 7 月 12 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 五千元整） 负责人签名: 2025 年 7 月 12 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五千元整）（易碳坝） 负责人签名: 2025 年 7 月 14 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: 吳 [redacted] 性别: 女 年龄: 17
病种: 先天性心脏房间缺损 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), 将作为吳 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 石 [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: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2015年7月15日

疾病诊断证明书

姓名: 吴

性别: 女

年龄: 17 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. 房间隔缺损

2. 脊柱侧弯

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘宏奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025 年 7 月 12 日



家庭情况证明

兹有我五里村上寨组村民蔡[]，男，汉族，身份证号码：[]，该户为我村脱贫户，本人在五里村担任护林员，妻子石[]，女，仡佬族，身份证号码：[]，在广东务工，长子，吴[]，男，仡佬族，身份证号码[]，贵州[]读书，无劳动力，长女吴[]女，仡佬族，身份证号码：[]，今年5月31日体检检查出先天性心脏病，家庭年收入48000元，收入低，开支大，生活负担重。情况属实。

特此证明！

五里村村委员会
证明人：杨[]
电话：[]
2025年6月19日

