

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：2025347

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	
	王	女	2020.8.1			江西南昌市	
	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	2020.8.1	106元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无				
	50%						
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名；		
	王	30	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 16000 元		
申请救助理由（请详细描述）	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						
	一个很普通的农村家庭，家里共4口人，女儿有心脏病，负担较重，父亲务农不挣钱，女儿需要一直吃药，母亲也是一样，希望国家帮助我的女儿度过难关，望得到批准！						
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：王 2020年7月12日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：诊断：法洛四联症 住院医疗业务专用章 大坦沙10F南病区 费用：约10万含元 医师签名：邵大鑫 2025年7月12日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元（大写：壹万 圆 零 拾 元 零 角 零 分） 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 ¥ 15,000.00 元（大写：壹万伍仟 圆 零 拾 元 零 角 零 分）（易破纸） 负责人签名： 2025年7月14日 秘书处						



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: 王 性别: 女 年龄: 4
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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2015年7月15日



疾病诊断证明书

姓名: 王

性别: 女

年龄: 4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. 法洛[法乐]三联症
2. 心力衰竭

此证

主诊科



主诊医师: 刘云奇*

医务科(盖章)

日期: 2025年7月12日



证明

兹证明 王 (身份证号码:)

家庭住址: 广西藤县太平镇

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年08月01日

该证明开具日期为2025年06月11日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	王		06月	2024年08月01日
2	胡		06月	2024年08月01日
3	王		06月	2025年03月01日
4	王		06月	2025年03月01日

藤县太平镇人民政府 (盖章)

2025年06月11日

经办人: [Signature]

