

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: 2025366

申请日期: 2025 年 7 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	沈		女	2023.2.24			贵州.安顺		
	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	2023.2.25	10万元			☐ 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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 自有 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	沈	33	一般					
	母亲	王	29	一般					
申请救助理由 (请详细描述): 家庭人口 5 人, 劳动力 2 人, 收入来源于以务农为主, 我就在家带孩子, 孩子的爸爸有时会在附近打零工来支撑家里的生活费, 孩子的爷爷不小心把右脚摔断了, 一直都是去医院定期复查和吃药, 向亲戚朋友借了 20000 元还没有还清, 更加无力支付小孩先心病手术治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2025 年 7 月 18 日									
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 1. 肺静脉异位引流 2. 房室间隔缺损 3. 动脉导管未闭 费用: 约 10 万余元 医师签名: 邵大毅 2025 年 7 月 18 日								
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元 (大写: 壹万 仟 元 整) (壹万 仟 元 整) (壹万 仟 元 整) 负责人签名: 2025 年 7 月 18 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 仟 零 百 零 拾 元 整) (壹万 仟 元 整) 负责人签名: 2025 年 7 月 21 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: 沈 [模糊] 性别: 女 年龄: 2岁
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), 将作为沈 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周星明

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 7 月 22 日

住院诊断证明

姓名: 沈 性别: 女 年龄: 2 岁 住院号:
地址: 贵州省安顺市 @贵州省安顺市
科室: 心脏大血管外科(大坦沙)
入院日期: 2025 年 7 月 9 日 出院日期:
诊断: *1. (右上肺) 肺静脉连接部分异常
2. 房间隔缺损
3. 动脉导管未闭
建议及注意事项: 住院手术
医师签名: 郭大鑫 签章:

日期: 2025 年 7 月 18 日



证明

兹有贵州省，镇宁布依族南族自治县，革利乡，水冲坝村。

第一位村民沈 男，汉族，身份证号码为

第二位沈 女，汉族，身份证号码为 户主沈

男，汉族，身份证号码为 家庭收入来源

于农业，年收入3000元左右，家庭人均收入较低，生活困难，特

由村委证实情况属实：

特此证明



2025.6.20

