

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: 2025367

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	
	骆	女	2016.7.25			广东省, 龙川县	
	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	2025.4.23	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 2 名;		
	父亲 骆	35	一般		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元		
	母亲 骆	38	一般		3、固定资产: 自建 1 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 6 人, 劳动力 2 人, 收入来源进厂和务农, 奶奶年老体弱长期生病, 需要我照顾, 大孩子读二年级, 有先天性心脏病, 小孩子读幼儿园, 两娃经常感冒发烧, 看病吃药花费很大, 奶奶的眼睛有白内障, 已经十几年, 因年龄大不敢做手术, 欠债 10000 元, 没有还清, 更加无力支付小孩先心病和手术治疗费用。父母离异, 孩子是由父亲抚养, 母亲没有联系。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 骆 2025 年 7 月 18 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 先天性心脏病 费用: 约 8 万 余元 医师签名: 曾 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: 壹万零仟零拾零元零角零分） 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: 五仟零元整） 负责人签名: 2025 年 7 月 18 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: 骆 性别: 女 年龄: 8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), 将作为骆 的治疗费用。

受助人 (监护人): 骆

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 18924052214

日 期: 2025年7月22日

住院诊断证明

姓名: 骆 性别: 女 年龄: 8 岁 住院号

地址: 广东省河源市龙川县

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 7 月 8 日

出院日期:

诊断: 房间隔缺损

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

No. 0005

兹有我村村民 骆 女 身份证号码:

就读于龙川县

学校. 单亲家庭. 家庭成员六人. 年收入
约4万. 靠其父外出务工维持. 祖父母年数
已高. 属村里特困家庭. 望上级联能
部门给予其办理生活救助为盼!

特此证明

经办人: 骆

(有效期

天)

龙川县廻龙镇骆岐村民委员会

2025年5月30日



