

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: 2025380

申请日期: 2025年7月27日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		女	2019.5.25			贵州省安顺市西秀区	
	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
	室间隔缺损 卵圆孔未闭		广州医科大学附属第一医院	2025.7.14	8万余元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 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	刘	35	健康				
	母亲	刘	29	健康				
申请救助理由(请详细描述)		家庭人口6人, 劳动力2人, 收入来源靠刘 在外务工, 爷爷奶奶已满60周岁, 体弱多病, 常带孩子上学, 没有经济来源, 两个小孩患有先天性心脏病, 开支较大, 收入不够支出, 无力承担两个孩子先心病的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025年7月27日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损 治疗: 室间隔缺损封堵术 费用 8万元							
	医师签名: 刘 2025年7月27日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (医药费 万 千 百 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025年7月27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 零 零 拾 零 元 零 角 零 分) (易发收) 负责人签名: 2025年7月27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: 刘	性别: 女	年龄: 6
病种: 先天性缺损 卵圆孔未闭	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), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

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: 2015 年 7 月 29 日



疾病诊断证明书

姓名: 刘

性别: 女

年龄

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. 室间隔缺损
2. 卵圆孔未闭

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2025年7月27日



证 明

NO: 2025

兹有贵州省安顺市西秀区旧州镇茶岭村 村民刘 男，汉族，身份证号码 患儿刘 女，汉族，身份证号码 户主刘 ，男，汉族，身份证号码： 家庭收入来源于外出务工，家庭年收入 60000 元，母亲詹 ，女，汉族，身份证号码 在家带两个孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲刘 在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明

经办人： 姚

西秀区旧州镇茶岭村民委员会

2025年6月20日

