

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: 2025382

申请日期: 2025年 7月 24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2022年7月19日			云南镇雄	
	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年7月	80000			□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			
	父亲 吴		37	健康				
	母亲 梁		39	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元 3、固定资产 <u>自建1套房子</u> ; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小汽车 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） 女儿吴患有先心病，长期在家照顾孩子，没有收入，本人也没有固定工作收入，父母年迈已无劳动力，没有能力承担高昂的先心病医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2025年 7月 24日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 房间隔缺损, 肺动脉高压 费用: 8万零元 医师签名: 邵大 2025年 7月 24日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>1万</u> 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025年 7月 24日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025年 7月 28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	性别: 女	年龄: 3
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 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 周其明

电 话: 18924052244

日 期: 2015年 7月 29日



广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 吴 性别: 女 年龄: 2 岁 住院号

地址: 云南省昭通市镇雄县 云南省昭通市镇雄县

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025 年 7 月 7 日

出院日期: 2025 年 7 月 24 日

诊断: *1. 房间隔缺损 中央型
2. 肺动脉高压

建议及注意事项:

医师签名: 郭大鑫



签章:



日期: 2025 年 7 月 24 日



低保证明

兹有大湾镇 古镇社区居民委员会 户主姓名: 胡
户主身份证号码: 该居民家庭属我镇 农村最低生活保障
保障证号: 家庭成员姓名: 吴
成员身份证号码: 与户主关系: 之孙

特此证明!

情况属实, 望贵处给予办理相关业务为谢。

经办人:

大湾镇社会保障服务中心

2025年5月30日



