

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: 2025426

申请日期: 2025 年 6 月 5 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	2024.9.28			广西梧州市大堡镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院	2024-11-20	10万元		
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 <u>1</u> 名;	
	吴		28	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>45600</u> 元	
申请救助理由(请详细描述)	黄		28	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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	
家庭人口5人,劳动力2人.爷奶因早年在工地务工,搬重物扭伤了腰留下后遗症,现无法再务工.在乡下务农以及带弟弟家的两个小孩子,靠我们和弟弟家共同赡养,我们小孩有先天性心脏病以及肾发育不良,经常感冒肺炎.自从出生到现在,因多次肺炎入院看病,吃药花费很大入不敷出. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 吴 2025 年 6 月 5 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		诊断: 室间隔缺损, 房间隔缺损				
	费用约: 10万元		费用约: 10万元				
医院意见(盖章):		审核人签名:		邵大鑫		2025 年 6 月 5 日	
建议给予医疗救助金 ¥5000 元(大写: 伍仟元)		审核人签名:		伍仟元		2025 年 6 月 5 日	
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元(大写: 伍仟元整) 负责人签名: 杨明 2025 年 6 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: 吳	性别: 女	年龄: 10月
病种: 室间隔缺损 房间隔缺损	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: 林江福
电 话: 1892405214
日 期: 2025年8月19日



廣州醫科大學附屬第一醫院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名: 吴

性别: 女

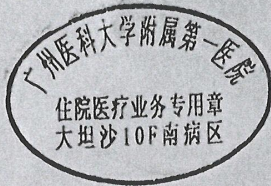
年龄: 10月14天 住院号

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. 肺炎

此证

主诊科(盖章)



主诊医师: 郭大鑫

医务科(盖章)

日期: 2025年8月12日

郭大鑫

证明

兹有广西苍梧县六堡镇四柳村 常住村民吴文俊、男、汉族、身份证号码 患儿吴 女、汉族、身份证号码 户主、吴 男、汉族、身份证号码、 患儿母亲、黄 汉族、身份证号码 家庭收入源于患儿母亲外出务工，家庭年收入 45600 元。患儿父亲吴 在家照顾孩子，没有收入，患儿吴 从出生至今，已因肺炎两次入院，全靠母亲黄 在外务工维持收入，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

申请人： 吴

单位盖章： 四柳村村委会

单位经办人签字： 袁

单位经办人联系电话：

2025年 月 31 日

2025年4月5日

