

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: 2025464

申请日期: 2025 年 9 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
	杜		女	2023年3月25日			云南省昭通市昭阳区
	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	2023年12月22日	68		/
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险	残疾类型和级别:			
	20 %						
申请救助理由（请详细描述）	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;		
	父亲 杜	24	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元		
医院填写	母亲 郭	26	健康		3、固定资产: <u>1</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, 4 人以来源务农, 爷爷奶奶年老体弱, 爷爷有肾结石, 小孩有先天性心脏病, 经常感冒发烧, 看病吃药花费很大, 爷爷奶奶也经常吃药看病, 更加无力支付小孩先心病的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 杜 2025 年 9 月 5 日							
疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 动脉导管未闭 费用: 约 6000 元 医师签名: 郭大 2025 年 9 月 5 日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1</u> 万 <u>0</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分 负责人签名: 2025 年 9 月 5 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元 (大写: 五千元整) (易破项) 负责人签名: 2025 年 9 月 8 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: 杜 性别: 女 年龄: 2岁5月
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), 将作为杜 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杜

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 林作韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 9月 9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: 杜 性别: 女 年龄: 2岁 住院号:

地址: 云南省昭通市昭阳区

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2025年9月3日

出院日期:

诊断: *1. 动脉导管未闭

2. 肺动脉高压

建议及注意事项: 手术治疗

医师签名: 郭大鑫



日期: 2025年9月5日



证明

兹有云南省昭通市昭阳区大山包镇马路村 常驻村民杜 男，

汉族，身份证号 患儿杜 女，汉族，身

份证号 户主杜 男，汉族，身份证

号 家庭收入来源务农，家庭年收入 4 万元，家

庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！



