

### 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: 2025510

申请日期: 2025年 9月 26日

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                    | 姓名                                                                                               |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                        |                            | 户籍所在地  |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                         | 马                                                                                                |                                             | 女                               | 2024.11.29                      |                                                                                                                                                                              |                            | 云南省昭通市 |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                         | 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<br>房间隔缺损                                                                                  |                                             | 广州医科大学附属第一医院                    | 2025.3.1                        | 6万元                                                                                                                                                                          |                            |        | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 %                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 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 马                                                                                             | 26                                          | 健康                              |                                 | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元                                                                                                                                                      |                            |        |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                         | 母亲 马                                                                                             | 25                                          | 健康                              |                                 | 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车                                                                                                                                                 |                            |        |                                                                              |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                            |        |                                                                              |
| <p>该家庭共4口人,劳动力2人。长期以打零工维持生活。哥哥从小体弱多病需要监护人长期照顾,目前就读于成宇幼儿园,所有的生活支出都靠爸爸打零工维持。2024年3月,妹妹体检发现先天性心脏病(房间隔缺损)经常感冒发烧,生活入不敷出。目前需要大额的医疗费用,特此申请救助,特辞非常感谢爱心人士。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 马 2025年 9月 26日</p> |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                    | 疾病诊断及治疗(费用): 房间隔缺损, 房间隔缺损修补术(微创)                                                                 |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                         | 医师签名: 刘磊 2025年 9月 26日                                                                            |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                         | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 5000.00元 (大写: 零万伍仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 谢少波 2025年 9月 26日</p> |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 5,000.00元 (大写: 五万伍仟零佰零拾零元零角零分)(易碳专项)</p> <p>负责人签名: 易碳 2025年 9月 28日</p>                                                                                                  |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |        |                                                                              |



# 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: 马   | 性别: 女              | 年龄: 10月龄 |
| 病种: 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), 将作为马 的治疗费用。

受助人 (监护人): 马

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟毅

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 9月29日



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

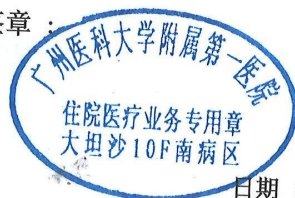
## 住院诊断证明

姓名: 马 性别: 女 年龄: 9月15天 住院号:   
地址: 云南省昭通市昭阳区龙泉街道@云南省昭通市昭阳区龙泉街道@长利社区5组  
科室: 心脏大血管外科(大坦沙)  
入院日期: 2025年9月13日  
诊断: 房间隔缺损

医师签名: 刘云奇\*

刘云奇

签章:



日期: 2025年9月13日





## 情况说明

兹有昭阳区龙泉街道办事处长利社区

居民：马 性别：男，回族，身  
份证号码 患儿：马

身份证号码 母亲：  
马 身份证号码

该家庭户收入来源于就地务临工，家庭年收入  
30000.00 元左右，母亲在家照顾两个小孩，没  
有任何收入，家里开支全靠父亲务临工维持家  
庭生活开支，导致家庭负担过重，家庭困难，  
无其它固定经济收入来源，情况属实！

特此说明

长利社区居民委员会

2025 年 9 月 3 日



