

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: 2025565

申请日期: 2025年9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		
	李		女	2024年9月26日	10 27	广东省普宁市		
	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		广州医科大学 附属第一医院	2024年9月	6万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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 1 名;			
	李	35	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元			
	李	32	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 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: ☒ 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6人，带动力两人，收入靠小孩父母打工，爷爷奶奶上年纪，也只能帮带小孩，帮忙做点家务，小孩又患有先天性心脏病，父母所赚的钱去生活开销，小孩看病治病，开销费用也大，父母所剩下的钱寥寥无几，基本支付不了小孩心脏病的药费以及手术费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025年 10 月 27 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 室间隔缺损 1.5cm 62元							
	医师签名: 刘云 2025年 10 月 28 日 医院意见(盖章): 大坦沙10F南病区 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 元 零 拾 元 零 角 零 分)							
	负责人签名: 2025年 10 月 28 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 零 百 零 拾 元 零 角 零 分) (易破纸) 负责人签名: 2025年 11 月 3 日 秘书处								



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: 李 性别: 女 年龄: 1岁2月
病种: 先天性心脏病室间隔缺损 治疗医院: 广州市^医科大学附属一院

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年11月9日



疾病诊断证明书

姓名: 李

性别: 女

年龄: 1岁

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. 先天性心脏病
2. 室间隔缺损

此证



主治医师: 刘云奇*

医务科(盖章)

日期: 2025年10月28日



普宁市洪阳镇北村村民委员会便笺

电话

证 明

兹有我村村民李 男、身份证号码
徐 女、身份证号码 两人系患儿李
(女、身份证号码 父母亲，父亲务工，家庭
收入来源于外出务工，家庭年收入 40000 元，母亲在家照顾孩子和老
人，没有收入，家庭全靠父亲务工维持生活，家庭收入低，生活困难，
情况属实。

特此证明

李



