

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: 2025664

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	欧	女	2023年2月21日			广东省罗定市素林街道	
	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 房间隔缺损	广州医科大学附属医院	2025年10月26日	十万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50%	☐ 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 2 名;		
	父亲 欧	34	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000 元		
	母亲 欧	34	良好		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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		
申请救助理由（请详细描述）	家庭人口4人，劳动力1人，全靠欧 靠打零工，收入不稳定，宝妈全职照顾两孩子，大孩子读幼儿园，小孩子有先天性心脏病，经常感冒咳嗽，去年曾气管肺炎，肺炎原体肺炎先后两次（10月、11月）在当地罗定市人民医院治疗共花费3500元，宝妈曾在带孩子期间患上青光眼、干眼症、甲状腺腺结节治疗费用共花费数达几万元，共借下外债高达近十万元至今没有还清，更加无力支付小孩先天性心脏病手术治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。恳请得到救助解决孩子的困难。 申请人签名: 欧 2025年12月8日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断为1. 下腔型房间隔缺损（付位缺损）2. 右房扩大 予房间隔缺损修补术。手术费用约十万元。 医师签名: 2025年12月09日						
	医院意见（盖章）: 住院医疗业务专用章 大坦沙10F南病区 建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025年12月9日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五仟零佰零拾零元零角零分）（易暖号收） 负责人签名: 2025年12月15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: 欧 性别: 女 年龄: 2岁10个月
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), 将作为欧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 欧

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月15日



疾病诊断证明书

姓名: 欧 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 2 岁 住院号 [REDACTED]

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: *1. 下腔型房间隔缺损(低位缺损)
2. 右房扩大

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*
医务科 (盖章)

日期: 2025 年 12 月 9 日

证 明

兹有 广东省罗定市素龙街道思围村委 常住村民 欧 ，男，汉族，身份证号码： ；
患儿 欧 ，女，汉族，身份证号码： ；
户主 欧 ，男，汉族，身份证号码： 。
家庭收入来源于外出务工，家庭年收入 36000 元，母亲，欧 ，
女，汉族，身份证号码： ，在家带两个孩子，
没有收入，全靠父亲在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情
况属实。

特此证明。



