

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: 2026280

申请日期: 2026年4月23日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨		男	2014年6月30日			李任村	
	先天性心脏病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	广州医科大学附属第一医院		2014年6月	6万				<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: 智力壹级
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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 25000 元 固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车 家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <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			
	父亲	杨	32	良好				
	母亲	邓	31	良好				
申请救助理由(请详细描述)	<p>家庭人口7人, 劳动力1人, 收入来源主要靠外出务工, 爷爷奶奶年老, 妈妈在家照顾孩子, 没有收入, 老二读五年级, 老三读幼儿园大班, 老大自幼有先天性心脏病, 经常要去医院看病, 花费很大, 还有智力障碍, 生活自理较为困难</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 邓 2026年4月23日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病: 房室间隔缺损, 预计费用6万元。</p> <p>医师签名: 刘云杰 2026年4月23日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 张 2026年4月23日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 零 零 拾 元 零 角 零 分) (易碳收)</p> <p>负责人签名: 胡 2026年4月23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: 杨	性别: 男	年龄: 11岁
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学第一附属医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为杨 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: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 4月 28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: 杨

性别: 男

年龄: 11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: 房间隔缺损

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 王凯**

医务科 (盖章)

日期: 2026年4月23日



年收入证明

兹有云南省红河州建水县南庄镇李伍村委会 [REDACTED] 村民 杨 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]。患儿 杨 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]。杨 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]。家庭收入源于外出务工，家庭年收入 25000。母亲 邓 [REDACTED] 女，汉族，身份证号码：[REDACTED] 在家带三个孩子，照顾老人，没有收入，全靠 杨 [REDACTED] 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

李伍村委会



2026年4月2日

证明人：[REDACTED]

