

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026507

申请日期: 2026 年 7 月 9 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2025年2月			广西百色市田阳区	
	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 室间隔缺损		广州医科大学附属第一医院	2025年2月25日	7万2			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 60-50 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>0</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		
	父亲	黄	27	良好				
	母亲	农	27	良好				
申请救助理由（请详细描述）		家庭人口 6 人，劳动力 2 人，父母年岁已高，无劳动力，在家带小孩，老婆去年生完一对双胞胎后，身体不好，在家里打零工，无稳定收入。老大因患有先天性心脏病出生至今，反复感冒肺炎住院，家庭收入低无力支撑小孩心脏病高额的手术费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026 年 7 月 9 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 室间隔缺损, 预计费用 7 万2							
	医师签名: 张				2026 年 7 月 10 日			
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 壹万贰仟元正 (大写: 壹万贰仟元正) (大写: 壹万贰仟元正) (大写: 壹万贰仟元正) 负责人签名: 张 2026 年 7 月 10 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元正) (易暖暖) 负责人签名: 秘书处 2026 年 7 月 13 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

(易娛公益项目)

病童姓名: 黃	性别: 女	年龄: 1岁4月
病种: 室间隔缺损	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙)	

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人(监护人): 黃

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 林仕强

电 话: 18924052214

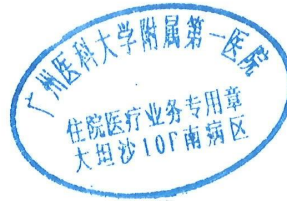
日 期: 2026 年 7 月 15 日



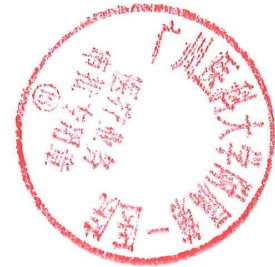
广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 黄 性别: 女 年龄: 1 岁 住院号:
地址: 广西壮族自治区百色市田阳区
科室: 心脏大血管外科(大坦沙)
入院日期: 2026 年 7 月 8 日 出院日期: 2026 年 7 月 10 日
诊断: 室间隔缺损
建议及注意事项: 详见出院记录
医师签名 : 王凯** 签章 :



日期 : 2026 年 7 月 10 日



证明

兹有社区居民黄[REDACTED]，男，壮族，身份证号码：[REDACTED]，户籍地址广西田东县[REDACTED]，居住于百色市田阳区田州镇[REDACTED]；配偶，农[REDACTED]女，壮族，身份证号码：[REDACTED]，广西百色市田阳区[REDACTED]女儿黄[REDACTED]壮族，身份证号码：[REDACTED]患有先天性心脏病、室间隔缺损，需要手术治疗。家庭收入来源于黄[REDACTED]单位工资，年薪 40000 元，农[REDACTED]自由职业，没有固定收入来源，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

广西壮族自治区百色市田阳区田州镇河东社区居民委员会



联系电话：[REDACTED]

2026 年 06 月 25 日

