

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: 2026599

申请日期: 2026 年 8 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	皮		男	20220705			广东省昭通市镇雄县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	先天性心脏病		广州医科 大学附属第一医院	20220705 2022年11月	6万元		
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>7</u> 名;	
	父亲	皮	39	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>30000</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	张	41	良好		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						
家庭人口 9 人，劳动力 2 人，仅靠父亲打临工和母亲种地养植维持家人生活，还有哥哥、姐姐他们读高中、初中、小学，需要开支很多费用，因家庭欠款 70000 元左右，加上本人患有先天性心脏病，住院治疗开支费用过大，造成家庭困难，特向本人保证上述情况完全真实。恳请金会申请救助。 申请人签名：皮 2026 年 8 月 7 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： <u>确诊：先天性心脏病室间隔缺损、预计费用 6 万元</u>						
	医师签名：[Signature] 2026 年 8 月 7 日 医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ <u>15000</u> 元（大写：壹万伍仟元整） 负责人签名：[Signature] 2026 年 8 月 7 日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元（大写：伍仟元整） 负责人签名：林钧泽 2026 年 8 月 10 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: 皮 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属医院

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), 将作为皮 的治疗费用。

受助人 (监护人): 皮

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: 2016年 8月11日



疾病诊断证明书

姓名：皮

性别：男

年龄：4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：室间隔缺损

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：王凯**

医务科（盖章）

日期：2026年8月7日



情况说明

兹有云南省昭通市镇雄县塘房镇凉水村民委员会 居民皮 男，汉，身份证号 ，配偶张 ，女，汉，身份证号码 ，患儿：皮 ，男，汉族，身份证号 长子：皮 汉族，身份证号 长女，皮 汉族，身份证号 次女，皮 汉族，身份证号码 三女，皮 ，汉族，身份证号码 ；四女，皮 ，汉族，身份证号码 ；五女，皮 ，汉族，身份证号码 家庭收入来源于就近务工，家庭年收入 30000 元，由于张 在家带孩子及照顾老人，加之皮 生病住院，没有收入，全靠患儿父亲皮 打零工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。特此证明。



