

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: 2026626

申请日期: 2026 年 8 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	
	陈		男	2010年8月			深圳市宝安区西乡街道	
	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
	室间隔缺损		深圳市宝安区人民医院	2026.8.4	5万			☐ 是 ☒ 否
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 (建设小学)		
	父亲	陈	44	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5000 元		
申请救助理由(请详细描述)	母亲	王	39	健康		3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车		
	4、家庭困难类型: ☒ 户籍委开具困难证明; ☒ 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							
1. 陈 患病, 室间隔缺损, 卵圆孔未闭。需手术治疗, 预估费用较高。 2. 家庭经济困难, 家庭人口6人, 有一个84岁老人要赡养, 3个未成年孩子要抚养, 仅有陈 一人要上班, 月工资2500, 王 照顾老人孩子不能上班, 无收入。全家生活全靠陈 一人工资及政府低保金2886元。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026 年 8 月 8 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	室间隔缺损 手术费用5万元							
	医师签名: 吴志康 2026 年 8 月 8 日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万圆 仟 佰 拾 0 元 0 角 0 分)								
负责人签名: 王 2026 年 8 月 8 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟元)								
负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 17 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

病童姓名: 陈 性别: 男 年龄: 5
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 卫

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月19日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：陈 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

入院日期：2026-08-05

病情摘要：患者因“室间隔缺损”就诊于我科，拟行手术治疗。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：继续住院治疗，拟行手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：吴涵潇

手签：

吴涵潇

2026-08-08

南部战区总医院
(诊断专用章)



证 明

兹有我街道同心社区居民委员会 居民陈 居
民身份证号码： 该居民现属于我街道城
市低保户。

九驿街道办事处社区事务服务中心

2026年08月03日



陈

刘

2026. 8. 3

