

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: 2026636

申请日期: 2026 年 8 月 17 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	徐		女	2022.5.21	441226202205211729		陈肯德县良道	
	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 (腹周部)		广州医科大学附属第一医院	2022.6	6万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 25000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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			
	父亲	/	/	/				
申请救助理由 (请详细描述)	母亲	徐	49	良女子				
	我的家庭是单亲家庭: 家庭人口 3 人, 劳动力 1 人, 收入来源靠在当地务工, 整个家庭靠我自己一个人赚钱养 2 个孩子。长子也在读研, 一年的学费和其他杂费预计约 35000 元。近年大环境不好, 工作不稳定, 收入起起伏伏, 日常的生活开支有时候都要靠亲朋好友接济。现无力支持小孩心间在病高额手术费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 徐 2026 年 8 月 17 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 室间隔缺损 63 元							
	医师签名: 张贵云 2026 年 8 月 18 日 医院意见 (盖章):							
	建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元 (大写: 壹万零仟贰佰零拾元 叁角 叁分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 18 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整) (易煥廷) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 24 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: 徐	性别: 女	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), 将作为徐 治疗费用。

受助人 (监护人): 徐

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月25日



疾病诊断证明书

姓名: 符 性别: 女 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 17 日



家庭情况说明

兹有我村村民徐 女，身份证号 现
住址：广东省肇庆市德庆县 独自抚养两名子女，属单亲家庭。
长子李 系徐 与前夫所生。双方于 2017 年协议离婚，前夫
李 于 2023 年因意外事故去世，长子李 由徐 抚养。系徐
与前男友所生。因双方感情不和，已分手，且与次女无任何联系，
次女徐 由徐 独自抚养。经济来源主要为徐 打零工收入微
薄，家庭年均收入低于 25000 元，生活困难，上述情况均为事实。



