

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: 2026644

申请日期: 2026年8月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	聂		男	2019.8.17			广东省德庆县新圩镇
	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		广医一院	2019.09月	5万2		/
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40-50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	残疾类型和级别:		/				
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 2 名;		
	父亲 聂	29	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元		
病童家庭情况	母亲 徐	33	良好		3、固定资产: 0 套房子; 1 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		
申请救助理由(请详细描述): 家庭人口有7人,劳动力2人,收入来源靠在当地务工和务农。家中爷爷奶奶患有高血压,还有一位高龄太奶奶,患有高血压、高血糖和腰间盘突出压迫神经,早一阵子刚出院,花了几万块,爷爷奶奶需要每天吃药,花销一年三个老人约3-4万元,现老人没有劳动能力,老大老二在幼儿园上学一年学费生活费2万54块左右,老大患有心脏病容易生病感冒看病反复,大约一年花销一万多,早前向亲戚朋友借了3万至今未还清帐,近年大环境不好,工作不稳,本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 徐 2026年8月20日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 先天性心脏病, 治疗费用5万2						
	医师签名: 孙月 2026年8月21日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥ 50000.00 元 (大写: 伍仟元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月21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) (易媛书) 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 (易娛公益项目)

病童姓名: 聂	性别: 男	年龄: 7岁
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院	

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), 将作为聂 的治疗费用。

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: 阮依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月25日



疾病诊断证明书

姓名: 聂

性别: 男

年龄: 7 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: 中央型房间隔缺损(卵圆孔型)

此证

主诊科 (盖章)

主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2026 年 8 月 21 日



证明

兹有广东省肇庆市德庆县新圩镇

常住村民:聂 男、汉、

身份证号码 患儿聂

汉族、身份证号码

户主聂 男、汉族、身份证号

家庭收入来源于外出务工，家庭年收入40000，

母亲:徐 女，汉族，身份证号码。

家有两个孩子，三个老人，没有收入，全靠父亲在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。家庭年收入证明。



情况属实。聂

