

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: 2026840

申请日期: 2026 年 10 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	张		女	2023.7.20			惠州兴仁市
	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		广州医科大学附第一医院	2025.2	82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>1</u> 名;	
	父亲	张	37	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	董	40	良好		3、固定资产： <u>0</u> 套房子； <u>1</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
家有人口 5 人。劳动力我和妻子 2 人，妻子在东莞小厂和体弱多病的父母。靠我一个人外出打工养家。爷爷患有糖尿病，基本上 1-2 个月要到医院住院治疗和再患有慢性胃炎、关节炎。经常吃药。父母每年看病吃药一花费得 15000 元左右。目前和亲戚朋友借得 5 万未还清。近两年以收入不稳定无力支撑小孩心脏病手术费。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：张 2026 年 10 月 14 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：诊断明确。部分心肌细胞受损 + 卵圆孔未闭 手术费用 82 元						
	医师签名：王 2026 年 10 月 15 日 医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1 万</u> 元（大写：壹万元整） 负责人签名：张 2026 年 10 月 15 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）（另续办） 负责人签名：林钧泽 2026 年 10 月 19 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: 张 性别: 女 年龄: 3岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州市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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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10月21日



疾病诊断证明书

姓名: 张

性别: 女

年龄: 3 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: 先天性心内膜垫缺损

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 王凯**

医务科 (盖章)

日期: 2026年10月15日



家庭经济困难证明

兹有贵州省兴仁市潘家庄镇褚皮田村 村民张 男、
汉族、身份证号码 其妻子董 女、
汉族、身份证号码 女儿张 女、汉
族，身份证号码 患先天性心脏病，家庭
收入来源于张 外出务工，家庭年收入 40000 元；张 父母
年龄过大，已失去劳动力，妻子董 需在家照顾年迈的父母和
患病孩子无经济收入，家庭收入低、支出高负担重，导致家庭经
济困难。

特此证明！

褚皮田村村民委员会

2026 年 9 月 21 日



