

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2022185

申请日期: 年 月 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	林晓婷	女	2019.09.30		[REDACTED]	广东
	参加医保情况	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无				报销比例: %
	所患疾病	治疗医院			预计医疗费用	
	先天性心脏病	广州医科大学附属第一医院				
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	张惠莲	女	26	母女	家庭主妇	[REDACTED]
申请救助理由		<p>家庭贫穷, 医疗费用太高, 负担不起 因此 本人特向贵单位申请救助 本人对贵单位的帮助将感激不尽。 本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 林晓婷 2022年4月7日</p>				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 先天性心脏病, 需手术治疗, 费用约8万元。					
	医师签名: [REDACTED] 2022年4月7日 医院意见: [REDACTED] 建议给予医疗救助金 _____ 元。 (大写: 壹万零仟零拾元零角零分)					
负责人签名: 谢少波		2022年4月7日				
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助任伟之等						
负责人(签名): 高晓冰		2022年4月11日				



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名：林曉婷 性別：女 年齡：2歲6月
病種：先天性心臟病 治療醫院：廣州醫科大學附屬第一醫院

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款5,000 元（大写：人民
幣伍仟元整），將作為林曉婷的治療費用。

受助人（監護人）：張志蓮

電話：[REDACTED]

見證人（記者/志願者/捐贈方

代表等）：—

電話：—

經辦人：張七

電話：13822279353

日期：2022年4月12日



疾病诊断证明书

姓名：林晓婷

性别：女

年龄：2岁

住院号：0000711547


经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 二尖瓣反流（重度）
- 2. 心内膜垫缺损修补术后
- 3. 肺动脉高压中度
- 4. 永存左上腔静脉

此证

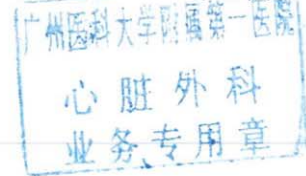
主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁 

医务科（盖章）

日期：2022年4月8日



困难证明

兹有贫困先天性心脏病患儿林晓婷，性别女，年龄2岁6个月，是广东省阳江市(州)惠来县(区)东陈乡镇(街道)村民小组(居委会)，(父亲：林坚纯母亲：张惠莲)村民(居民)的儿子/女儿。因其家庭经济困难，难以承担先心病儿童的治疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：林坚纯 身份证号：[REDACTED]
患儿母亲：张惠莲 身份证号：[REDACTED]

广东省阳江市惠来县东陈镇(镇)政府/街道办事处盖章：



联系电话：13823292775

日期：2022年4月8日

