

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: 2022279

申请日期: 2022年 6月 1日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	何劲乐	男	2021.01.18		[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		5万	
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
	钟华莲	女	34	母子	在家带小孩	[REDACTED]
	何康飞	男	35	父子	做点小生意	[REDACTED]
申请救助理由	孩子出生后查出先天性室间隔缺损。 因无法支付手术费用，特此向基金会申请 救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钟华莲 2022年 6月 1日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 手术治疗, 费用约5万。 医师签名: [REDACTED] 2022年 6月 1日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 0.5万 元。 (大写: 五 万 零 千 零 百 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢少波 2022年 6月 1日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 伍仟元整 负责人(签名): 葛晓 2022年 6月 6日						



重症贫童救助款收据

病童姓名: 何劲堯 性别: 男 年龄: 1岁4个月
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), 将作为何劲堯的治疗费用。

受助人(监护

人): 钟华莲

电话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿

者/捐赠方代表

等):

电话:

经办人: 曹蓓蓓 [REDACTED]

电话: 13822279353

日期: 2022年6月7日

日



疾病诊断证明书

姓名：何劲燊

性别：男

年龄：1岁

住院号：0000758088

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

室间隔缺损



此证

主诊科（盖章）

主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2022年6月1日



困难证明

兹有困难先天性心脏病患儿何劲燊，性别男，年龄1+4，是广东省湛江市（州）吴川县（区）塘尾乡/镇（街道）上塘村民小组（居委会），（父亲：何康飞 母亲：钟华莲）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，难以承担患儿全部医疗费用，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：何康飞 身份证号：445327272727272727

患儿母亲：钟华莲 身份证号：445327272727272727

乡（镇）政府/街道办事处盖章：



联系电话：0759-5909414

日期：2022年5月30日

