

附件二

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023231

申请日期: 2023年4月18日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	郑佳豪	男	2022.1.25			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 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
	郑金坤	男	34	父亲	月收入4000元	
	郑明红	女	33	母亲	在家带小孩	
申请救助理由	家中5个儿女.大9岁小的1岁2个月.妻子就在乡下带小孩.靠我一个人在外打工维持家庭.小儿子体弱多病.今年以来已多次住院治疗.现在家庭已经困难重重. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 郑金坤 2023年4月18日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 先天性心脏病: 需手术及后续治疗费用约8万					
	医师签名: 李国平 2023年4月18日 医院意见: 建议给予医疗救助金1万元。 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 李国平 2023年4月21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): 李国平 2023年4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

病童姓名: 郑佳豪 性别: 男 年龄: 1岁2月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学属第一医院

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 郑佳豪 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑金坤, 郑明红,

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279353

日 期: 2023年4月26日



住院诊断证明

姓名: 郑佳豪 性别: 男 年龄: 1岁 住院号: 0000798514

地址: 广东省

科室: 心脏外科(沿江)

入院日期: 2023年4月17日

出院日期:

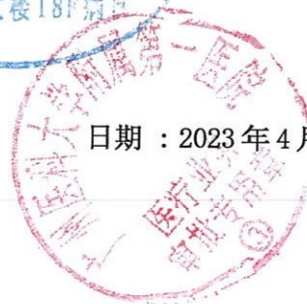
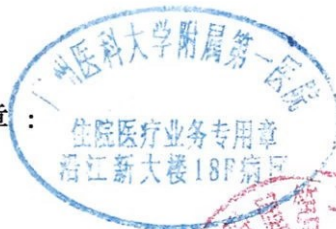
诊断: *1. 室间隔缺损

2. 蚕豆病

建议及注意事项: 完善相关检查

医师签名: 黄杰周

签章:



日期: 2023年4月17日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿郑佳豪，性别男，年龄14月，是广东省广州市（天河区）镇（街道）村民小组（居委会），（父亲：郑金坤 母亲：郑明红）村民（居民）的儿子/ 女儿。因其家庭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：郑金坤 身份证号：

患儿母亲：郑明红 身份证号：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：

日期：2023年4月18日

