

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: 2023230

申请日期: 2023年4月19日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地	
	欧绿森	男	2007.01.			广西	
	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		
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	
	高献葵	女	51	母子	打零工 500-600/月		
申请救助理由	本人是单亲家庭,父亲于2019年9月病故,因治病欠下一大笔债务,生活非常艰难,母亲也患有先天性心脏病,平时也要吃药治病,只能不时打下零工,以维持日常开支,而我患有先天性心脏病,身体也不好,发育迟缓,家庭情况实属异常困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 欧绿森 2023年4月 日						
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断房间隔缺损,治疗费用约5万元。						
	医师签名: 2023年4月19日 医院意见: 建议给予医疗救助金0.5万元。 (大写: 五千元)						
负责人签名: 2023年4月20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): 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: 欧绿森 性别: 男 年龄: 16.
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), 将作为欧绿森的治疗费用。

受助人 (监护人): 高献葵

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年4月26日



疾病诊断证明书

姓名：欧绿森

性别：男

年龄：16 岁

住院号：0000798851

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 房间隔缺损
- 2. 肺动脉瓣狭窄
- 3. 生长发育迟缓

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2023 年 4 月 20 日



证明

兹证明 高献葵 (身份证号码:)

家庭住址:)

为农村低保救助对象。

该家庭开始享受日期为: 2019年11月01日

该成员开始享受日期为: 2019年11月01日

该证明开具日期为2023年03月10日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

岑溪市岑城镇社会事务办公室 (盖章)



2023年03月10日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿欧绿森，性别男，年龄16，是广西省百色市（州）田阳县县（区）田阳镇乡/镇（街道）田阳镇村民小组（居委会），（父亲： 母亲：高献葵）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： 身份证号：

患儿母亲：高献葵身份证号：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：0774-822508

日期：2023年4月6日

