

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023269

申请日期: 2023 年 5 月 6 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	杨梦洁	女	2021. 10. 12		45	广东省
	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		广州附属第一医院		8万	
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
	杨再东	男	28	丈夫	务农	
	罗凤花	女	30	母女	务农	
申请救助理由	因患儿家庭2018年1月,有一早产儿哥哥,现已无力承担该患儿的治疗费用,现向珍惜生命基金会申请为患儿治疗出生缺陷疾病提供经济上的爱心援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨梦洁 2023 年 5 月 6 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断: 先天性心脏病, 需手术治疗, 费用约8万元。					
	医院意见: 建议给予医疗救助金5千元。 (大写: 五千元) 拾元零角零分 医师签名: 2023 年 5 月 6 日 负责人签名: 2023 年 5 月 6 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 5 月 15 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: 杨梦洁 性别: 女 年龄: 1岁

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), 将作为杨梦洁的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗凤花

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方

代表等): /

电话: /

经办人: [REDACTED]

电话: 13822279353

日期: 2023年5月6日



疾病诊断证明书

姓名：杨梦洁

性别：女

年龄：1岁

住院号：0000801127

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

法洛[法乐]四联症

此证——

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2023年5月6日



家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿 杨梦洁，性别 女，年龄 1岁半，是 广西 省 贺州市八步区 黄田镇 黄田村 (会)，(父亲: 杨再东 母亲: 罗凤花) 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: 杨再东 身份证号: 4510290000460

患儿母亲: 罗凤花 身份证号: 4510290000460

乡(镇)政府/街道办事处盖章:



联系电话: 131006

日期: 2013 年 4 月 19 日



