

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023072

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
	韦浩宇 男		2021年1月7号		4	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
	韦少跟	男		父子	务农	
	黄丽英	女		母子	务农	
申请救助理由	因家里有老人要赡养, 一个小孩在读书, 妈妈全职带孩, 只有爸爸一个人打工养家, 收入微薄, 家庭困难, 因治疗费用较高, 无力承担患儿的全部医疗费用, 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助力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 韦浩宇 2023 年 5 月 6 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用 (估算): 诊断: 室间隔缺损. 需手术治疗, 费用约6万元.					
	医师签名: 2023 年 5 月 6 日 医院意见: 建议给予医疗救助金 5 千元。 (大写: 五 千 元 零 角 分) 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						
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: 韦浩宇 性别: 男 年龄: 2岁3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 韦浩宇 的治疗费用。

受助人 (监护人

): 黄丽英

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 5月 16日



疾病诊断证明书

姓名：韦浩宇

性别：男

年龄：2岁

住院号：0000800865

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：2023年5月6日



陆国梁

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿 韦浩宇，性别 男，年龄 2岁3月，是 省 市（州） 县（区） 乡/镇（街道 村民小组（居委会），（父亲：韦少跟 母亲：黄丽英）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: 韦少跟 身份证号: 450102197101010011

患儿母亲: 黄丽英 身份证号:

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话: 0771-5271003

日期: 2023 年 4 月 18 日

