

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023280

申请日期: 2023年5月12日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	吴振郎	女	2009年6月24日	[REDACTED]	云南	
	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		
	心脏病	广州医科大学附属第一医院		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
	吴毅基	男	43	父亲	一年收入务农2万	[REDACTED]
	杨天英	女	44	母亲	照顾家庭带孩子	[REDACTED]
申请救助理由		因家庭经济困难难以承担先心病患儿的治疗费用. 全家收入主要靠务农且收入不稳定. 家中母亲年龄已高需照顾. 加上女儿患有疾病得并不富裕的家庭雪上加霜. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 吴振郎 2023年5月12日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 广州医科大学附属第一医院. 治疗费用约8万元.					
	医师签名: [REDACTED] 2023年5月12日					
医院意见: 建议给予医疗救助金壹万元。 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: [REDACTED] 2023年5月12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): [REDACTED] 2023年5月12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: 吳振郎 性别: 女 年龄: 13
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), 将作为吳振郎的治疗费用。

受助人 (监护人): 楊天英

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电话: —

经办人: 梁丹

电话: 13822279353

日期: 2023年5月23日



疾病診斷證明書

姓名：吳振郎

性別：女

年齡：13 歲

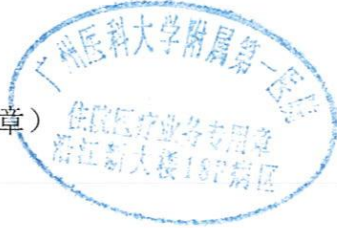
住院號：0000798382

經我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

主动脉瓣狭窄伴有关闭不全

此证

主诊科（盖章）



主診醫師：黃杰周

醫務科（盖章）

日期：2023年5月13日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿 美振郎，性别 女，年龄 13，是 云南 省 [模糊] 市（州）[模糊] 县（区）[模糊] 乡/镇（街道）[模糊] 村民小组（居委会），（父亲：美毅基 母亲：扬天英）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：美毅基 身份证号：[模糊]

患儿母亲：扬天英 身份证号：[模糊]

乡（镇）政府/街道办事处盖章：



联系电话：0870-7941034

日期：2023 年 4 月 17 日

