

20301412

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: 2023286

申请日期: 2023年5月8日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	夏铭阳	男	2022.5.5	[REDACTED]	广西
	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

肺动脉闭锁 广州妇女儿童医疗中心(珠江新城院区) 160000-200000

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
	夏友朋	男	35	父子	维修工月收入5000左右	[REDACTED]
	李志敏	女	37	母子	无业带小孩	[REDACTED]

申请救助理由: 因宝宝患有肺动脉闭锁, 前面做了一次手术加上平时生病复愈, 已花费大概七八万元左右, 现在广州妇女儿童医疗中心治疗, 预计费用16万到20万左右, 后面还需要做二次手术, 加上后续治疗, 家庭已无力承担高昂的医疗费用, 本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 夏友朋 2023年5月8日

医院填写: 疾病诊断及治疗(费用): 1. 肺动脉闭锁(间隔缺损(A型)) 2. 动脉导管未闭 3. BT分流术 费用16-20万 医师签名: 李国宇 2023年5月8日

医院意见: 建议给予医疗救助金 20000元。
(大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 分)

负责人签名: 王克华 2023年5月11日

广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助经济之助

负责人(签名): 李国宇 2023年5月22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: 夏銘陽 性别: 男 年龄: 1岁
病种: 肺动脉闭锁, 室间隔缺损 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)

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), 将作为夏铭阳的治疗费用。

受助人 (监护人): 夏友明

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24日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 夏铭阳 性别: 男 年龄: 11月 科别: CICU(珠) 床号: 016 住院号: 20301412

诊断: 1. 肺动脉闭锁/室间隔缺损 (A型) 2. 动脉导管未闭 3. BT分流术后

医嘱及建议: 2023-4-26至今在我院住院治疗。

医师签名: 李凤香

日期: 2023-05-08 11:42:38



- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。

家庭经济情况证明

兹有先天性心脏病患儿夏铭阳，身份证号码
是西省 （州） 县（区） 乡镇（街道） 村
民小组（居委会），（父亲：夏友明 母亲：李志敏）村民
（居民）的儿子/女儿。

由于患肺动脉闭锁手术费用高原因，难以承担先心病儿童的治疗费
用，请广东公益恤孤助学促进会重症病童救助项目为该患儿提供爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：夏友明，身份证号码：

患儿母亲：李志敏，身份证号码：

村委会/居委会盖章：

联系电话：0774-8227678

同意申请
乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：0774-8222508

日期：2023年5月9日

