

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: 20234000

申请日期: 2023年6月26日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	余梦莹	女	2022年1月18日			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
	余升芳	男	35	父女	年收入约3万左右	
	唐晓如	女	31	母女	无	
申请救助理由		由于女儿手术高,我属于低保户,现在父亲残疾目前还欠九万多债实无能力承担手术费,所以望基金会能给予帮助,万分感谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 余升芳 2023年6月26日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损,卵圆孔未闭,需手术治疗,费用约6万元。 医师签名: 陈敏子 2023年6月26日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 1万 元。 (大写: 壹万 仟 元 零 角 五 分) 负责人签名: 谢晓 2023年6月26日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但件之整(易读明望助) 负责人(签名): 高晓 2023年7月3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

(易娱公益项目)

病童姓名: 余梦萱 性别: 女 年龄: 1岁5月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属医院

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 余梦萱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 余升芳

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方

代表等): /

电 话: /

经办人: 周其明

电 话: 138 2227 9353

日 期: 2023 年 7 月 4 日



疾病诊断证明书

姓名：余梦萱

性别：女

年龄：1岁

住院号：0000809260

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 室间隔缺损
- 2. 卵圆孔未闭
- 3. 肺动脉高压 (轻度)

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师：陆国梁

医务科 (盖章)

日期：2023年6月26日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿余梦萱，性别女，
年龄1岁4个月 是广东省（州）（区）乡
/镇（街道）村民小组（居委会），（父亲：余升芳 母
亲：唐晓如）村民（居民）的儿子/ 女儿。因治疗费用较高，
难以承担患儿全部医疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一
医院为患儿治疗先天性心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：余升芳 身份证号：（模糊）

患儿母亲：唐晓如 身份证号：（模糊）

村委会/居委会盖章：



联系电话：18218870871

日期：2023 年 6 月 15 日

15017369363

