

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: 2023401

申请日期: 2023 年 6 月 28 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	张桂东	男	2020.4.12			梅州
	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		广一院		10万	
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
	张清贺	男	46	父子	务农	
申请救助理由		由于经济困难，疾病的医疗费用过高无力支付。孩妈妈精神有问题 2个孩子在康复中心。1个孩子在复杂先心。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张清贺 2023 年 6 月 28 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断: 肺动脉闭锁，需手术治疗，费用约8万元 医师签名: 张 2023 年 6 月 28 日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金 1万 元。 (大写: 壹万 仟 零 佰 零 拾 元 正 角 零 分) 负责人签名: 2023 年 6 月 28 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助该患儿 (易娱项目资助) 负责人(签名): 高 2023 年 7 月 3 日						

附件三



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(廣東公益恤孤助學促進會)

病童姓名: 張桂東, 性別: 男 年齡: 3
病種: 先天性心臟病 治療醫院: 廣州醫科大學附屬第一醫院

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 5000 元 (大写: 人
民幣 伍仟元整 整), 作為 張桂東 的治療費用。

受助人 (張清賢 監護人):

電 話:

見證人 (記者/醫護人員/志願者)

電 話:

經辦人: 周慧珊

電 話: 13822279353

日 期: 2023 年 7 月 4 日



疾病诊断证明书

姓名：张桂东

性别：男

年龄：3岁

住院号：0000804739

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

肺动脉闭锁

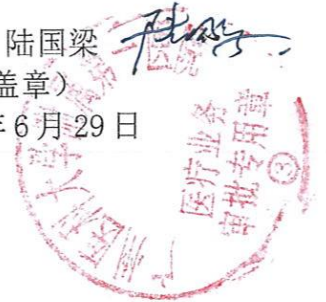
此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁
医务科（盖章）

日期：2023年6月29日



困难证明

兹有困难先天性心脏病患儿 张桂东，性别 男，年龄 3岁，是 广东省 （州） （区） 乡/镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：张清贺 母亲：李素霞）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：张清贺 身份证号：

患儿母亲：李素霞 身份证号：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：0668-8138898

日期：2023年 4月 7日

