

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023402

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
	黄嘉景	男	2015.11.17			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	
	心脏室间隔缺损 广州医科大学附属医院					
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
	黄贤亮	男	31	父子	打工4000	
	洪春梅	女	33	母子	带儿子	
申请救助理由	我-个人在外面打工,老海在家里第四个儿子在学校读书 第三个小儿子患有先天性心脏病,现需在贵院手术治疗,家庭收入低,生活比较困难望贵院给予帮助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄贤亮 2023年 6月 26 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断: 先天性心脏病,室间隔缺损,需手术治疗, 费用约6万元. 医师签名: 2023年 6月 27 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 0.53 元. (大写: 柒 万 伍 仟 叁 佰 元 拾 叁 元 角 叁 分) 负责人签名: 2023年 6月 27 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但42元 (易项目资助) 负责人(签名): 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: 黃嘉景 性别: 男 年龄: 7
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 黃嘉景 的治疗费用。

受助人 (监护人): 洪春梅

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: 13822279353

日 期: 2023 年 7 月 4 日



疾病诊断证明书

姓名：黄嘉景

性别：男

年龄：7岁

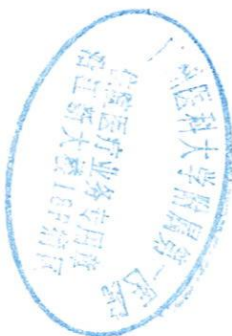
住院号：0000808391

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 室间隔缺损
- 2. 感染性心内膜炎

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：郭大鑫

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黄嘉景，性别男，
年龄7岁，是广东省 市（州） 县（区） 乡
/镇（街道） 村民小组（居委会），（父亲：黄贤亮 母
亲：洪春梅）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：黄贤亮 身份证号：

患儿母亲：洪春梅 身份证号：

村委会/居委会盖章：



联系电话：0759 6415573

日期：2023 年 06 月 08 日

