

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023424

申请日期: 2023年7月5日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	罗沛琳	女	2021年10月14日		[REDACTED]	广东省 [REDACTED]
	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
	罗观辉	男	29	父女	工地: 3500/月	[REDACTED]
	吴丽珍	女	27	母女	无业	[REDACTED]
申请救助理由	因小女罗沛琳患有先天性心脏病加上体质不好经常生病住院吃药, 家里只有爸爸罗观辉一人工作还有儿子读书都是花费较大, 收入远比不上支出, 现在住院也花费了较大费用, 恳请基金会能提供经济上的爱心资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴丽珍 2023年7月5日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 先天性心脏病, 需手术, 手术费用约8万元					
	 医师签名: [REDACTED] 2023年7月5日 医院意见: 建议给予医疗救助金1万元。 (大写: 壹万 仟 元 整) 负责人签名: [REDACTED] 2023年7月5日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助该患儿						
负责人(签名): 马晓红 2023年7月10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: 罗沛琳 性别: 女 年龄: 1岁8月
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), 将作为罗沛琳的治疗费用。

受助人 (监护人

) : 吴丽珍

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 7月 11日



广州医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名：罗沛琳

性别：女

年龄：1岁

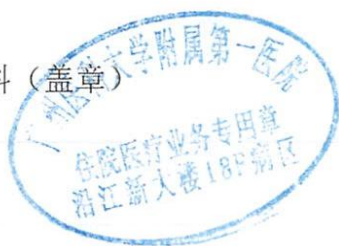
住院号：0000810096

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 肺动脉瓣狭窄
- 2. 卵圆孔未闭

此证

主诊科(盖章)



主诊医师：黄杰周

医务科(盖章)

日期：2023年7月5日





核发单位：廉江市民政局

发证日期：2023年6月8日

户主姓名：罗沛琳

身份证号码：[REDACTED]

低保证编号：[REDACTED]

户主姓名	罗沛琳		性别	女
出生年月	2021年10月		职业	
医保卡号			家庭人口	1
居住地址				
户籍地	市 县(区) 镇(街) 村(居) 委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入

-2-

家庭成员照片

核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

-3-

