

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023502

申请日期: 2023 年 9 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
	黄琳斯	女	2023. 8. 1			
	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		8万	
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
	黄捷敏	女	30	母女	无业	
	郑旭东	男	34	父女	摆摊	
申请救助理由	患儿黄琳斯, 因出世时在家发现小孩情况不对送院广州医科大学附属第一医院, 确诊先天性心脏病, 现在家里有两个平日的父亲身患癌症, 加上两个孩子, 经济条件不好。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄捷敏 2023年 9 月 7 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用 (估算): 先天性心脏病, 需手术治疗, 总费用需约8万					
	医师签名: 李国 2023年 9 月 8 日 医院意见: 建议给予医疗救助金53元。 (大写: 五万 仟 元 拾 元 角 分) 负责人签名: 李国 2023年 9 月 8 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助该患儿 (易琳琳项目) 负责人 (签名): 马琳 2023 年 9 月 11 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: 黃琳斯 性别: 女 年龄: 27天
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 黃琳斯 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃康波

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 周基明

电 话: 138 2227 9353

日 期: 2023年9月15日



疾病诊断证明书

姓名：黄琳斯

性别：女

年龄：24 天

住院号：0000820614

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- *1. 室间隔缺损
- 2. 房间隔缺损
- 3. 动脉导管未闭
- 4. 双肺 肺炎

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师：黄杰周

医务科 (盖章)

日期：2023 年 9 月 4 日

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿 黄琳斯，性别 女，
年龄 24天，是 广东 省 （州） （县/区） （乡/镇/街道） （村民小组/居委会），（父亲：郑旭东 母
亲：黄捷敏）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：郑旭东 身份证号：（模糊）

患儿母亲：黄捷敏 身份证号：（模糊）

村委会/居委会盖章：



日期：2023年 月 5 日

