

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: 2024007

申请日期: 2024年1月5日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨清越	女	2023.5	[REDACTED]		贵州[REDACTED]	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	室间隔缺损	广州医科大学第一附属医院	2023.5.25	70000元	0000841820	—	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 — %	☒ 城镇居民 — %	☐ 商业保险 — %	☐ 其他保险 — %	☐ 无	

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>0</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>42000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲 杨胜坤	37	良好	[REDACTED]	
	母亲 黄慧玲	31	良好	[REDACTED]	

申请救助理由(请详细描述):

孩子出生便查出患有先天性心脏病,因此在此期间常患肺炎,家中还有3位老人,均不同程度患有高血压、脑梗死,其中一位老人还因此做了开颅手术,因此母亲黄慧玲需在家照顾孩子及老人,由经济收入,全家收入仅靠父亲在外务工,家庭情况困难。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 黄慧玲

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	先天性心脏病,需手术治疗,总费用约8万3
	医师签名:	[REDACTED]
	医院意见(盖章):	[REDACTED]
建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: <u>壹万零仟零佰零拾零元零角零分</u>)		
负责人签名: [REDACTED]		2024年1月5日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易媛公益项目)

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟 元 零 角 零 分)

负责人签名: [REDACTED]

2024年1月8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: 杨清越 性别: 女 年龄: 7个月
病种: 室间隔缺损 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), 将作为杨清越的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄慧玲

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年1月9日



疾病诊断证明书

姓名：杨清越

性别：女

年龄：7月11天

住院号：0000841820

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

室间隔缺损

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2024年1月4日

陆国梁
6005

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿杨清越，身份证号：[REDACTED]；
性别：女，年龄：7个月，是贵州省[REDACTED]
[REDACTED]区（父亲：杨胜坤；母亲：黄慧玲）居民的女儿。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。

患儿父亲：杨胜坤 身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：黄慧玲 身份证号：[REDACTED]

情况属实，特此证明！

村委会/居委会盖章：

联系电话：[REDACTED]

日期：2023年12月25日



