

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: 2024015

申请日期: 2024 年 1 月 11 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	李恩尔		女	2022.12.21	[REDACTED]		云南省 [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	
	先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院	2023.12.8	8万	0000842972	—	☐ 是 ☒ 否	
	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	残疾类型和级别:	
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>3</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>4万</u> 元 3、固定资产: <u>0</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	李洪松	35	健康					[REDACTED]
	母亲	向焕瑾	36	健康					[REDACTED]
尊敬的领导:您好! 我是云南省 [REDACTED] 的常驻居民,是患儿母亲。我的小孩患有严重的先天性心脏病。我们是一个7口人之家,家里经济困难,家里有两位年近的父母身体非常差,长年靠吃药来维持身体。另外还有俩个小孩都在上学。家里的收入就靠孩子父亲做小本生意维持,我只能在家照顾父母和小孩。本人保证上述情况完全真实。没有经济收入,特向领导申请救救我的女儿,日后教育她。 申请人签名: 向焕瑾 2024 年 1 月 11 日 好好学回报社会。									
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								
	医师签名: [REDACTED] 2024 年 1 月 11 日								
	医院意见 (盖章): [REDACTED] 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟元 拾元 零角 零分) 负责人签名: [REDACTED] 2024 年 1 月 11 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元 零角 零分) 负责人签名: [REDACTED] 2024 年 1 月 15 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: 李恩乐 性别: 女 年龄: 1岁
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 李恩乐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李洪松

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 1 月 16 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: 李恩乐

性别: 女

年龄: 1岁

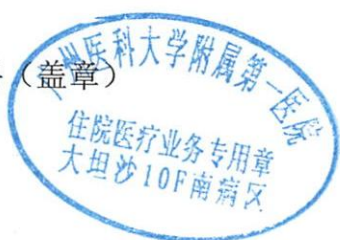
住院号: 0000842972

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: 黄杰周

医务科 (盖章)

日期: 2024年1月11日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿李恩祗，性别女，
年龄1岁，是云南省昆明市市（州）盘龙区县（区）新迎街道
/镇（街道）新迎社区村民小组（居委会），（父亲：李洪松 母
亲：何焕瑾）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。

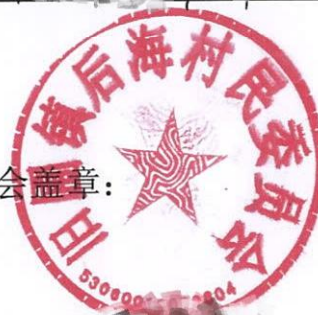
情况属实，特此证明！

患儿父亲：李洪松 身份证号：530800198001010000

患儿母亲：何焕瑾 身份证号：530800198001010000



村委会/居委会盖章：



联系电话：13888888888

日期：2024 年 1 月 10 日

