

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: 2024048

申请日期: 2024 年 2 月 1 日

| | | | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|----------------------------|---------------|--|
| 病童资料 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 | |
| | 曾圣宸 | 男 | 2023.09.12 | [REDACTED] | | 广西 [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 |
| | 肺动脉狭窄 气管狭窄 | 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 | 2024.1.20 | 10-15万元 | 20332786 | — | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例 | <input type="checkbox"/> 新农合 _____ % | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 60 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 _____ % | <input type="checkbox"/> 其他保险 _____ % | <input type="checkbox"/> 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>5000</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: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 | |
| | 父亲 | 曾阳 | 39 | 健康 | | [REDACTED] |
| | 母亲 | 陈曲 | 41 | 残疾 | | [REDACTED] |

申请救助理由 (请详细描述):

因患儿出生前确诊先天性心脏病, 在广西南宁市医科大学一附院先后 3 次手术治疗, 花费六十万元, 经济困难, 现在广州市妇女儿童医疗中心, 确诊肺动脉狭窄和气管狭窄, 需要做手术, 费用很高, 患儿母亲系在乡有残疾 (有证), 患儿父亲在家乡务农, 都是收入很少, 难以承担手术费用如住院治疗费用, 非常困难, 预计手术费用需 10-15 万元, 实在无法承担, 希望能够得到广东公益恤孤助学促进会的资助。

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 曾阳 2024 年 2 月 1 日

| | | |
|------------|--|---------------------------|
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗 (费用): | 70% 15 支气管狭窄, 外科手术 |
| | 15-20 万元 | |
| | 医师签名: | [REDACTED] 2024 年 2 月 1 日 |
| 医院意见 (盖章): | 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1</u> 元 (大写: <u>壹</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) | |
| | 负责人签名: 何靖霞 | 2024 年 2 月 2 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 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: 葛宝儿 2024 年 2 月 19 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

| | | |
|--------------|---------------------------|---------|
| 病童姓名: 曾圣宸 | 性别: 男 | 年龄: 5个月 |
| 病种: 小儿先天性心脏病 | 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心, 珠江新城院区 | |

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 曾圣宸 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾阳

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基翔

电 话: 13822279353

日 期: 2024年2月21日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 曾圣宸 性别: 男 年龄: 4月 科别: CICU(珠) 床号: 007 住院号: 20332786

诊断:

1. 法洛三联症术后 2. 左、右肺动脉狭窄 3. 先天性气管狭窄（右中下叶开口狭窄、左主支气管软化狭窄（中-重度）） 4. 颅内出血（额顶叶） 5. 支气管肺炎 6. 先天性甲状腺功能减退症 7. 诺如病毒性急性胃肠病
医嘱及建议: 患儿自2024-01-20至今于我院住院治疗, 拟近期行手术矫治, 特此证明。

医师签名: 杨航 

日期: 2024-01-30 15:16:06

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有出生缺陷(包括先天性心脏病)患儿 曾至宸, 男, 年龄4个月, 广西壮族自治区 [redacted], 父亲:(为曾阳; 母亲: 陈曲)的儿子, 因治疗费用较高, 家庭收入较低, 难以承担患儿全部医疗费用。

情况属实
特此证明



经办人: 贵月国 [redacted]

南宁市武鸣区府城镇
启德村民委员会



经办人: 林景豪 [redacted]

