

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: 2024101

申请日期: 2024年3月18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	董可琪	女	2023.8.31		陈留化		
	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	广州市南方医院 大沙坪院区	2024.3.5	100000	000085072	/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合	<input type="checkbox"/> 城镇居民	<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>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
	父亲	董诗伟	33	健康		
	母亲	翁丽红	30	健康		

申请救助理由(请详细描述):
 确认儿童先天性心脏病, 家里还有3位老人要抚养, 全家只靠其母亲一人在家打散工维持生活, 无能力支付高额费用, 生活艰难, 特申请资助

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 翁丽红 2024年3月18日

疾病诊断及治疗(费用):
 诊断: 室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 动脉导管未闭, 费用共约
 约10000元
 医师签名: [Signature] 2024年3月18日
 医院意见(盖章): [Red Seal: 广州市南方医院 大沙坪院区 医疗业务审批专用章]
 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千 零百 零拾 零元 零角 零分)
 负责人签名: [Signature] 2024年3月18日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 (易娱公益项目)
 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千 零百 零拾 零元 零角 零分)
 负责人签名: [Signature] 2024年3月25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: 董可琪 性别: 女 年龄: 6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), 将作为董可琪的治疗费用。

受助人 (监护人): 翁丽红

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年3月26日



疾病诊断证明书

姓名：董可淇

性别：女

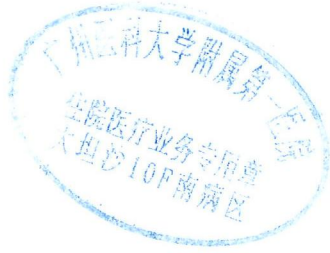
年龄：6月6天


住院号：0000850722

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- *1. 先天性心脏病
 - 室间隔缺损 嵴下型
 - 动脉导管未闭
 - 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：2024年3月18日



化州市林尘镇林尘村民委员会

证 明

兹有我村委会 [REDACTED] 村民翁丽红，女，身份证号：[REDACTED] 其本人一直在家照顾女儿和务农，无固定的经济收入，其丈夫仅靠农闲时做散工维持生活，每月收入约 2500 元，每年总收入约 3 万元。现因女儿董可淇患有先天性心脏病需要医治，家庭经济困难，恳请有关单位负责同志给予照顾帮助为盼。

特此证明！

化州市林尘镇林尘村民委员会

2024 年 02 月 22 日



