

### 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: 2024147

申请日期: 2024年3月29日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	朱	女	2020.11		贵州		
	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	南明河区 总医院	2024.3月	4.5万			<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 type="checkbox"/> 新农合 60%	<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 2 名;		
	父亲 朱	32	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元		
	母亲 陈	26	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)	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						
	<p>我叫朱, 今年32岁, 家住贵州省毕节市地 组, 家中有6口人, 有两个小孩, 两个老人, 还有我的妻子. 我的妻子 没有工作, 主要负责照顾孩子和家庭, 我们家的经济来源主要靠我 一个人在外面打工来维持. 家庭经济收入低, 开销大, 加之我女儿检查 出患有先天性心脏病需要做手术, 这给我原本不富裕的家庭雪上加霜 本人保证上述情况完全真实. 无力承担孩子的医疗费用, 在此感谢慈善机构帮助我 申请人签名: 朱 2024年3月29日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为室间隔缺损, 需行心脏手术. 科手术 预估手术费用 4.5万						
	医师签名: 林 2024年4月1日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元) (拾元零角一分) 负责人签名: 2024年4月 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:  同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元) (拾元零角一分) 负责人签名: 2024年4月8日							



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 朱 [redacted]	性別: 女	年齡: 3岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院		

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), 将作为朱 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱 [redacted] (朱 [redacted])

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: 13822279353

日 期: 2024年4月9日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名：朱

科室：心胸外科心外病区

床号：

住院号：

## 诊断证明

姓名：朱 性别：女 年龄：3岁4月26天 ID号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2024-03-28

病情摘要：患者因“发现室间隔缺损5月余”入院。

诊 断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：住院手术治疗。

经治医师：颜涛

2024-04-01, 09:10

南部战区总医院

(诊断专用章)



# 证明

兹有 [REDACTED] 朱 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]。妻子，陈 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]。女儿，朱 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]。儿子朱 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]。家庭生活靠朱 [REDACTED] 一人打工，家庭经济收入低，经济困难，情况属实。

特此证明



(此证明只作为朱 [REDACTED] 救治申请)

