

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: 2024152

申请日期: 2024年3月28日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2016年5月		广西百色市		
	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、胸腔积液、心包积液、心功能不全。	广州市妇女儿童医疗中心医院	2016年5月检查出先天性心脏病。	10万			<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 checked="" type="checkbox"/> 新农合 30%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 1万 元 3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: (自建居) <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 黄	51	健康		
	母亲 罗	49	一般		

申请救助理由(请详细描述):
 2016年5月儿子黄 出生被检查出患先天性心脏病,因家中贫困,没有经济收入,无法负担高额医疗及康复费用,特向贵基金申请补贴。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 黄 2024年3月28日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	SUI CHU C 100001 PS 2024.3.21 行经导管消融术 6-10万
	医师签名:	何靖雯 2024年3月28日
	医院意见(盖章):	
建议给予医疗救助金 ¥		元(大写: 贰万伍仟元) (壹仟 佰 拾 元 角 分)
负责人签名:		何靖雯 2024年3月28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 佰 拾 元 角 分)
 负责人签名: 马 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: 黃 [redacted] 性別: 男 年齡: 8
病種: 先天性心臟病, 胸腔積液, 心包積液, 心功能不全. 治療醫院: 廣州市妇女儿童醫院 (珠江新城院區)

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 5,000 元 (大寫: 人民幣 伍仟元整), 將作為黃 [redacted] 的治療費用。

受助人 (監護人): 黃 [redacted]

電話: [redacted]

見證人 (記者/志願者/捐贈方代表等): _____

電話: _____

經辦人: 周基明

電話: 13822279353

日期: 2024年4月9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: 黄[] 性别:男 年龄:7岁 科别: 心血管病区(珠) 床号: [] 住院号: []

诊断:1. 先天性心脏病术后 2. 胸腔积液 3. 心包积液 4. 心功能不全

医嘱及建议: 患儿于2024.03.14-至今于我院心血管病区住院治疗。

医师签名: []

日期:2024-03-27 16:57:08

- 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。



广州市妇女儿童医疗中心

