

### 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: 2024275

申请日期: 2024年6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	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	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>40000</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	37	健康		
	母亲	32	健康		

申请救助理由(请详细描述):  
 本人谢... 现住贵州省... 父亲谢... 于2022年8月在遵义医学院检查出患有尿毒症... 其弟谢... 于2019年在遵义医学院检查出糖尿病... 母亲... 于2021年7月在铜仁市人民医院检查出半边脑死亡... 更不幸的是... 患有先天性心脏病... 家庭经济实在困难... 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 谢... 2024年6月1日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	医师签名: [Signature]	日期: 2024年6月1日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟 伍佰 零拾 零元 零角 零分)	
	负责人签名: 谢少波	2024年6月3日	

广东公益恤孤助学促进会意见:  
 (易娱公益)  
 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)  
 负责人签名: 易娱 2024年6月11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: [Redacted]	性别: 男	年龄: 4
病种: 右心室双出口 室间隔缺损	治疗医院: 广州市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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为谢 [Redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [Redacted]

电话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

经办人: 周其明

电话: 13822279353

日期: 2024年6月12日



### 疾病诊断证明书

姓名: 谢 [redacted]

性别: 男

年龄: 4岁

住院号: [redacted]

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- \*1. 右心室双出口
- 2. 室间隔缺损 (膜周部)
- 3. 卵圆孔未闭
- 4. 轻度 肺动脉高压

此证

主诊科 (盖章)



[Handwritten signature]

# 证明

兹有我乡（镇、办事处）\_\_\_\_\_村（社区、  
街、路）\_\_\_\_\_组（号）居民，姓名谢\_\_\_\_，男(女)，身  
份证号：\_\_\_\_\_。实属我乡（镇）2024年  
05月至2024年6月（城市、农村）低保对象。（此证明涂  
改无效）

特此证明

联系电话：\_\_\_\_\_



