



# 南方医科大学珠江医院“寻声者”公益救助申请表

编号: 2024317 (寻声者项目)

申请日期: 2024年6月3日

病人资料	姓名	曾用名	性别	出生年月	户籍所在地		
	刘		男	2018年10月	广东省		
	身份证号码		2				
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 40%				
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用		
双耳极重度感音神经性聋		南方医科大学珠江医院		15万			
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话	
	文	男	39	父子	维修工/3000元		
张 女 40 母子 无工作							
申请救助理由	家庭有三个小孩, 刘 最小的孩子出生听力不通过 到处借钱给孩子治疗, 已掏空积蓄, 目前告知只能做人工耳蜗 希望得到寻声者公益救助. 谢谢 本人保证上述情况完全真实. 本人完全了解并接受“寻声者”项目各项约定. 申请人签名: 张 2024年6月3日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 双耳极重度感音神经性聋. 建议人工耳蜗植入. 约15万. 医师签名: 张 2024年6月3日						
	医院意见: <div style="text-align: center;">  <p>建议给予医疗救助金 3万 元。                      (大写: 叁万 仟 一 佰 一 拾 一 元 一 角 一 分)</p> </div> 负责人签名: 张 2024年6月3日						
广东公益恤孤助学促进会意见: <div style="text-align: center;">                     同意救助叁万之整                 </div> 负责人(签名): 高 2024年6月17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：刘[模糊] 性别：男 年龄：5岁7个月  
病种：感音神经流丧失 治疗医院：南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为刘[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）：张[模糊]

电话：[模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：苏姓[模糊]

电话：[模糊]

经办人：周其明

电话：13822279353

日期：2024年6月25日

## 珠江医院门诊诊断证明书

申请日期：2024-06-03

姓名：刘	年龄： 5	性别： 男	ID号：
科别：耳科门诊		接诊时间：2024/06/03 16:56:51	

诊断结果：  
双侧感音神经性听觉丧失(极重度)

处理意见：  
择期行人工耳蜗植入。

医生： 张宏征 签名：张宏征  
开具时间：2024/06/03 16:59:27



门诊疾病诊断证明书注意事项：

- 1、疾病诊断证明书由具有执业资格人员填写。
- 2、急诊不超过三天，门诊不超过一周，慢性病不超过一个月。
- 3、涉及工伤、交通事故、医疗纠纷、打架斗殴致伤者，其诊断证明须由副高(副高以上)人员填写。开具诊断证明书的医师对所做出的诊断负法律责任。
- 4、原则本专业只能开具与本专业相符的疾病诊断证明。

# 揭西县 龙潭镇关山村民委员会

## 证明

兹证明我村姓名：刘，性别：男，身份证号：

职务：务农，身体状况健康。家庭状况：家庭人口5人，家庭年总收入7万元，人均1166元，低于我市城乡低保标准2倍范围内，其中小儿子刘，身份证号：需要进行人工耳蜗手术植入，费用极高，经济难以负担，家庭经济困难，情况属实。

特此证明

龙潭镇关山村村委会

2024年5月24日



