

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: 2024394

申请日期: 2024年7月2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	女	2018年9月		广东省		
	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 房间隔缺损	广州医科大学 附属第一医院	2024年6月 24日	8万元			<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>2</u> 名;		
	父亲 黄	47	肠胃病		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>65000</u> 元		
	母亲 刘	41	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由 (请详细描述)	<p>家庭人口6人,带动力2人,收入来源靠打散工,爷爷奶奶年老体弱,长期患病,靠爸爸妈妈照顾,大女儿读小学,小女儿有房间隔缺损,每个月老人小孩吃药费用大,入不敷出,无力支付小孩手术费用</p> <p>本人保证上述情况完全真实: 申请人签名: 刘 2024年7月2日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性房间隔缺损, 预估手术费8万元						
	<p>医师签名: 陆国梁 2024年7月2日</p> <p>医院意见(盖章): </p> <p>建议给予医疗救助金 ¥1000 元 (大写: 一仟元整) 元 角 分</p> <p>负责人签名: 李波 2024年7月2日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>(曾媛媛)</p> <p>同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟元整) 元 角 分</p> <p>负责人签名: 曾媛媛 2024年7月8日</p>							



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(易嫫公益项目)

病童姓名: 黄	性别: 女	年龄: 5
病种: 先天性房间隔缺损	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), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电话:

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7月9日

疾病诊断证明书

姓名: 黄[模糊] 性别: 女 年龄: 5岁 住院号: [模糊]

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- *1. 房间隔缺损
- 2. 心力衰竭

此证
主诊科 (盖章)



主诊医师: 陈国梁
医务科 (盖章)
日期: 2024年7月2日


证明

兹有广东省清远市[REDACTED]
[REDACTED] 常住村民黄[REDACTED]，性别：男，汉族，身份证号码：
[REDACTED]，妻子刘[REDACTED]，性别：女，汉族，身份证号码：
[REDACTED] 患儿：黄[REDACTED] 性别：女，汉族，身份证号
码：[REDACTED]，家庭收入来源于打散工，家庭年收入：
65000 元，家里老人常年生病吃药，因要照顾老人和小孩，夫妻俩
全靠打散工维持生活，情况属实。

特此证明。

芙蓉村村民委员会
2024年6月11日



