

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: 2024359

申请日期: 2024年7月5日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨	女	2023.11.16			广东清远	
	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	广州医科大学附属第一医院	2024.4.6	7万余元			<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 50%	<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>42000</u> 元 3、固定资产: <u>0</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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲				
	母亲	27	一般		

申请救助理由 (请详细描述):
 本人是患儿杨的母亲, 于2023年2月经检查怀上杨, 当时与患儿父亲并未办理结婚手续, 且在准备结婚时发现患儿父亲有隐瞒欺骗的行为, 沟通无果最终分手, 在产下患儿后, 我独自照顾患儿无法工作, 到目前为止患儿父亲只给过三次生活费, 每次1000元, 对于患儿的疾病治疗的问题, 其父亲也不愿意分担费用, 目前我和患儿与我父母一起生活, 一家四口靠我父母打散工维持生活, 家庭收入微薄, 但不稳定, 无力承担患儿全部手术费用。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 杨 2024年7月5日

医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):	诊断室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 费用约7万余元。
	医师签名:	邵大益 2024年7月11日
	医院意见 (盖章):	建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 伍仟零零拾零元零角零分)
	负责人签名:	谢水波 2024年7月12日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 (易晓红)
 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟零拾零元零角零分)
 负责人签名: 易晓红 2024年7月15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

(易嫫公益项目)

病童姓名: 杨 [redacted]

性别: 女

年龄: 8月

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙院区)

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), 将作为杨 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨 [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7月16日



住院診斷證明

姓名: 杨 性别: 女 年龄: 7月16天 住院号:

地址: 广东省 @广东省清远市

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2024年7月1日

出院日期:

诊断: 1. 室间隔缺损 干下型
2. 卵圆孔未闭

建议及注意事项: 手术治疗

医师签名: 郭大鑫

签章:



日期: 2024年7月11日



证 明

兹有我广东省[REDACTED]村
[REDACTED]常住村民聂[REDACTED]，女，汉族，身份证号码：
[REDACTED]，患儿杨[REDACTED]，女，汉族，身份证号码：
[REDACTED]，户主聂[REDACTED]（患儿外公），男，汉族，
身份证号码：[REDACTED]，家庭收入来源于打散工，
家庭年收入 42000 元，患儿母亲聂[REDACTED]在家带患儿杨[REDACTED]没
有收入，全靠外公外婆打散工维持生活，家庭收入低，情况
属实。

特此证明



