

## 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: 2024378

申请日期: 2024年 7月 19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许	女	2022.08.02			广东省汕头市	
	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
	先天性动脉导管未闭	中山大学附属第一医院	2022.8-一月份	4万			<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 _____ %	<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>4</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>二</u> 套房子; <u>二</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input 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	许	37	健康		
	母亲	王	35	2024年1月份做过心脏手术		

申请救助理由 (请详细描述):

本人于今年一月份做了心内膜炎手术, 花了不少钱, 家里向4个小孩, 只靠我老公上班养家, 经济比较困难, 我小女儿出生就患有先天性心脏病, ~~因手术费用高昂~~ 现在以无能为力支付高昂费用, 在此, 我们诚恳地向贵中心提出救助申请。

本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 王 2024年 7月 18日

医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):	先天性动脉导管未闭确诊, 经济困难行介入封堵术, 估计手术费用4万元。				
	医师签名:	[Signature] 2024年 7月 19日				
	医院意见 (盖章):	情况属实, 请予援助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: <u>叁万</u> 仟 <u>00</u> 佰 <u>00</u> 拾 <u>00</u> 元 <u>00</u> 角 <u>00</u> 分) 负责人签名: [Signature] 2024年 7月 19日				

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 00 佰 00 拾 00 元 00 角 00 分)

负责人签名: [Signature] 2024年 7月 22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：许 性别：女 年龄：1岁  
病种：先天性动脉导管未闭 治疗医院：广州中山大学附属第一医院

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），将作为许 的治疗费用。

受助人（监护人）：王

电话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）： /

电话： /

经办人：周喜明

电话：13822279353

日期：2024年7月23日



中山大學 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：许 [redacted]

科别：心儿科及结构心病区 床号： [redacted]

住院号： [redacted]

### 住院患者情况说明

姓名：许 [redacted] 性别：女 年龄：1岁1科别：心儿科及结构床号： [redacted] 住院号： [redacted]

目前诊断：动脉导管未闭(漏斗型)  
心功能II级

入院情况及诊疗经过：患儿确诊先天性心脏病：动脉导管未闭，经评估需行介入手术治疗。特此证明。



医师签名： [signature] 2024年07月19日



核发单位: 汕头市潮阳区民政局

发证日期: 2024-04-01

户主姓名: [Redacted]

身份证号码: [Redacted]

低保证编号: [Redacted]

户主姓名	<u>[Redacted]</u>	性别	男性
出生年月	<u>1985-8-18</u>	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	<u>[Redacted]</u>	家庭人口	6
居住地址	<u>[Redacted]</u>		
户籍地址	<u>[Redacted]</u>		
低保资金 发放账号	<u>[Redacted]</u>		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	<u>[Redacted]</u>	本人	
	<u>[Redacted]</u>	配偶	
	<u>[Redacted]</u>	子	
	<u>[Redacted]</u>	女	
<u>[Redacted]</u>	女		

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

