

### 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: 2024422

申请日期: 2024年8月7日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	女	2020.10.5		广州市		
	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
	先天性心脏病	广州医科大学附属医院	2020.10.5	9万			<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 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: 45000元 2、家庭年收入(不含政府补贴) 45000元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0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 陈	37	健康	7			
	母亲 何	34	健康				
申请救助理由(请详细描述)	家有人口总5人,年近的父母和年幼的女儿以及我俩夫妻二人,劳动2人,收入主要靠打零工,爷爷处于长期需服用昂贵的药以及长期需要定期注射“艾迪注射液”适当的时候还需要化疗,小孩有心脏病,经常发烧,感冒吃药,长期不舒服,生病靠年近的外祖母照顾,这对于一个普通的农民家庭来说是泰山压顶,一身的责任,一身的债务,真的喘不过气,真的无法力支付小孩的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。心脏手术治疗费用。 申请人签名: 陈 2024年8月7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, 右室双腔心, 需手术治疗, 费用约9万云。 医师签名: 杜明 2024年8月7日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 五千元) 元 (大写: 万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 杜明 2024年8月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见: (易煜峰) 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元) 元 (大写: 万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 易煜峰 2024年8月12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: 陈 [redacted]	性别: 女	年龄: 3
病种: 先天性心脏病 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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [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8月13日



### 疾病诊断证明书

姓名: 陈

性别: 女

年龄: 3岁

住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

1. 室间隔缺损
2. 卵圆孔未闭
3. 右室流出道狭窄

此证

主诊科 (盖章)



*陆国梁*

# 吴川市覃巴镇覃华村民委员会

## 证明

兹有我村委会 小组村民陈 汉族，男，身  
份证号码: 户主(患儿父亲)。患儿母亲何  
汉族，女，身份证号码: 。患儿陈，女，汉  
族，身份证号码: 。家庭收入主要来源于夫妻两  
人外出务工，家庭年收入总 60000 元，家有年迈的父母照顾年幼的孩  
子，没有收入。家庭收入低，生活困难，  
情况属实。

特此证明!

吴川市覃巴镇覃华村民委员会

2024年7月3日



