

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: 2024443

申请日期: 2024年8月14日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李	女	2021.8.22		广东省吴川市		
	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	广州医科大学附属第一医院	2021.11.16	6万			<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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 33000 元 3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 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 李	32	良好				
	母亲 陈	27	良好				
申请救助理由(请详细描述)	家庭人口5人带动1人收入来源靠打零工和务农 爷爷奶奶年老体弱靠种2亩地为生有时也会生病靠子女妈妈照顾, 孩子有先天性心脏病经常感冒发烧, 看病吃药花费很大, 爷爷早年做胆结石, 还欠了几万元债务经未还更加无力支付小孩先天性心脏病的医疗费用市房屋还是爷爷在20年前建的 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年8月14日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 先天性心脏病, 需手术治疗, 费用约6万元 医师签名: 陈 2024年8月14日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 伍仟元 拾元 零角 五分) 负责人签名: 2024年8月14日						
广东公益恤孤助学促进会意见: (盖章) 同意救助 ¥5000.00 元 (大写: 一 万 伍 仟 元 零 角 分) 负责人签名: 2024年8月21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: 李	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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年8月21日



疾病诊断证明书

姓名: 李

性别: 女

年龄: 2岁

住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

室间隔缺损

此证

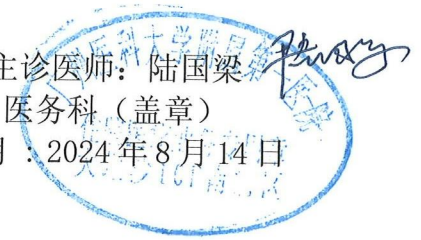
主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2024年8月14日



年收入证明

兹有广东省吴川市 [REDACTED] 村民李 [REDACTED] 男，汉族，身份证号：[REDACTED] 患儿李 [REDACTED] 女，汉族，身份证号：[REDACTED] 妈妈身份证号：[REDACTED] 在家带孩子做家务、种菜、养鸡、和种菜收入 3000 元/年，患儿父亲李 [REDACTED] 打零工为主，一年收入 30000 元/年左右，家庭年收入 33000 元，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

吴川市黄坡镇龙塘村民小组

2024 年 7 月 9 日



