

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: 2024492

申请日期: 2024 年 9 月 6 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢		女	2023 11/09			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 主动脉弓离断 室间隔缺损		广州医科大学 附属第一医院 (大坦沙)	2024.8.27	10万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别:
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 _____%	☐ 城镇居民 _____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 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	谢	32	正常		2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>45000</u> 元		
	母	周	27	正常		3、固定资产 <u>附赠1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车		
申请救助理由 (请详细描述)		家庭人口 6 人, 劳动力 2 人, 收入来源于爸爸在家里打零工和子女外出打工, 奶奶在家务农, 妈妈在家里照顾 2 个小孩, 大女儿就读幼儿园, 小女儿检查出先天性心脏病, 经常感冒, 7 月份因感染支气管肺炎住院, 现在要做手术, 经收入不多, 无法付小孩的手术费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2024 年 9 月 6 日						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗 (费用): 先心病: 主动脉弓离断, 主动脉导管未闭, 室间隔缺损, 拟手术, 预估费用 10 万元 医师签名: 陆国望 2024 年 9 月 6 日							
	医院意见 (盖章): 广州医科大学附属第一医院 大坦沙 10F 南病区 建议给予医疗救助金 <u>¥10000</u> 元 (大写: 壹万无仟无佰无拾无元无角无分) 负责人签名: 谢和波 2024 年 9 月 6 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易煥良) 同意救助 ¥ <u>5000.00</u> 元 (大写: 五仟元) (角 分) 负责人签名: 高小 2024 年 9 月 9 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: 谢	性别: 女	年龄: 10个月
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), 将作为谢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

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9月10日



疾病诊断证明书

姓名：谢

性别：女

年龄：9月14天

住院号：

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- 诊断：*1. 先天性主动脉弓断离
2. 动脉导管未闭
3. 室间隔缺损
4. 肺动脉高压
5. 生长发育迟缓



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29日

广东省连山
壮族瑶族自治县

小三江镇登阳村民委员会

邮政编码：513224

证 明

兹有广东清远市 村民周 ，
女，汉族，身份证号码： 在家带两个
孩子，照顾老人，没有收入，全靠丈夫外出务工维持生活，
家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

小三江镇登阳村民委员会

2024年8月7日



