

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: 2024519

申请日期: 2024年9月20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年3月30日		贵州省毕节市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	肩间隔缺损		广州医科大学附属第一医院	2022.5.20	6万		
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 壹级
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: 李, 李, 李, 李 2、家庭年收入(不含政府补贴): 40000元 固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: ☐ 村居委开具困难证明; ☒ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☒ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲: 李	27	良好				
	母亲: 张	29	良好				
申 请 救 助 理 由 (请详细描述)	我是患者爸爸李, 因家庭困难大儿子李, 身体残疾他大伯也是身体残疾一家8口人两个残疾人妈妈和老波在家照顾孩子经济来源只能靠我在外面打工维护家庭爷爷因身体不好去世现在病童李需要一笔钱本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024年9月20日 因家庭困难无法承担						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 房间隔缺损, 需行封堵术 费用 60000元						
	医师签名: 刘 2024年9月20日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟零拾元零角零分) 负责人签名: 2024年9月20日						
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛公益) 同意救助 ¥ 10000.00 元 (大写: 壹万仟佰拾元零角零分) 负责人签名: 2024年9月23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 [redacted] 性别: 女 年龄: 3岁6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
房颤 房室传导阻滞

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), 将作为李 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月25日



疾病诊断证明书

姓名: 李

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:

诊断: 房间隔缺损(继发孔型)

需要行经皮房间隔缺损封堵术

此证

主诊科 (盖章)

廣州醫科大學附屬第一醫院
大坦沙10F南病区
主诊医师: 刘云奇*
日期: 2024年9月20日

证明

兹有贵州省[REDACTED]且常住村民 李
[REDACTED]、男、回族、身份证号码[REDACTED] 患儿李
[REDACTED]、女、回族、身份证号码[REDACTED] 户主
李[REDACTED]。男、回族、身份证号码[REDACTED] 家庭
收入来源于外出务工，家庭年收入 40000，母亲，张[REDACTED]、
女、回族，身份证号码[REDACTED] 在家带四个孩
子，照顾老人，没有收入，全靠父亲李[REDACTED]、确在外务工维持
生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。



