

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: 2024535

申请日期: 2024年 9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
	袁		女	2010.11.28			湖南
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	扩张型心肌病		广州妇女儿童医疗中心	2011年	20-40万		是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50-60%	☐ 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		
	父亲	袁	43	良好	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 37000 元; 3、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		
	母亲	谢	43	良好			
申请救助理由(请详细描述): 我来湖南省邵阳市 农村家庭, 家中有父母老人, 还有两个小孩, 儿子上大学在校, 女儿袁 因从小患有先天性心脏病, 长期吃药看病, 经常住院家庭困难, 现已到必须进行移植手术, 需几十万医药费, 只有我老公孩子爸爸一人挣钱养家, 实在负担不起, 需要救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2024年 9月 14日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 扩张型心肌病, 20-40万 医师签名: 2024年 9月 18日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何端空 2024年 9月 18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 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年 10月 8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：袁 性别：女 年龄：13
病种：扩张型心肌病 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心（珠江新城）

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），将作为袁 的治疗费用。

受助人（监护人）：谢
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：13822279383
日 期：2024年10月9日
日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 袁 性别: 女 年龄: 13岁 科别: 心血管病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 扩张型心肌病 2. 二尖瓣关闭不全(重度) 3. 肺动脉高压 4. 心功能III级 5. 心房颤动 6. 卵巢囊肿

医嘱及建议: 患儿2024.09.11至今于我院心血管病区(珠)住院治疗。

医师签名: 李月香 // 日期: 2024-09-14 11:07:02



- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。

持证须知

一、低保金通过银行、信用社等金融代理机构直接支付到低保家庭的账户，低保户自行到金融机构领取。

二、低保户可凭此证向相关部门申请享受国家及地方政策规定的医疗、教育、有线电视收视、再就业培训、水、电、气、住房保障、司法救助等方面的政策优待。

三、低保户在享受低保及优惠政策的同时要履行下列义务：

1、就业及就业培训。低保户家庭成员达到法定就业年龄并具有劳动能力的，应当主动接受公共就业服务机构提供的技能培训和职业介绍服务，接受有关部门推荐就业。

2、公益性劳动。低保户家庭成员在法定劳动年龄内且有劳动能力的，应当至少一人每年参加其所在居民委员会、街道办事处或村民委员会、村民小组组织的公益性劳动服务。

3、定期报告。低保户按照政策规定，定期向乡镇（街道办事处）报告真实的家庭人口、家庭收入和财产状况变化情况并接受动态管理复核，提供有关证件、证明；主动配合民政部门查证并在调查表上签字。

低保户年内无正当理由不履行义务或提供虚假信息，将按照低保政策进行处理。

四、此证不得涂改、转借或转让他人，如有遗失、损毁应及时按规定申请补发新证。

五、取消低保时应交回此证。

六、未签署审批意见的视为无效证件。

七、低保的办理不收取任何费用。

证书编号

经审核，你家庭符合城乡居民最低生活保障有关法律法规规定，同意享受城市（农村）最低生活保障待遇，特发此证。经当地民政部门定期动态管理复查合格后，可继续使用。



户主姓名

性

别

身份证号码

家庭人口

保障人口

类别：



城市居民最低生活保障



农村居民最低生活保障

申请人户籍所在地

申请人常住地

县级民政部门定期动态管理意见

年 月 日

年 月 日

