

## 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: 2024567

申请日期: 2024年 10月 11日

|      |             |                                           |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                              |
|------|-------------|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料 | 姓名          | 性别                                        | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                 | 户籍所在地                      |                                                                              |
|      | 林           | 女                                         | 2023-8-8                        |                                 |                                 | 广东省陆丰市                     |                                                                              |
|      | 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      | 中山大学附属第一医院                                | 2024-8-27                       | 8-10万                           |                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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 <u>1</u> 名;<br>2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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 林 | 23 | 良好   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|        | 母亲 沈 | 22 | 良好   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

申请救助理由（请详细描述）

我是林 的妈妈。 患有先天性心脏病。需要手术费用8~10万。希：广东公益恤孤助学促进会帮忙。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 沈 2024年 10月 11日

|      |              |                                                                                       |
|------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗（费用）: | 患儿诊断“室间隔缺损”明确，需行外科手术治疗，预计费用约10万元。                                                     |
|      | 医师签名:        | 何香芬 2024年 10月 12日                                                                     |
|      | 医院意见（盖章）:    |  |
|      | 建议给予医疗救助金    | ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）                                             |
|      | 负责人签名:       | 黄佳聪 2024年 10月 12日                                                                     |

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 五 仟 零 拾 元 零 角 零 分）

负责人签名: 姜晓 2024年 10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

病童姓名: 林 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁  
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [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: 周基明  
电 话: 13822279383  
日 期: 2024年10月21日



中山大学 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：林

科别：心儿科及结构心病区 床号

住院号：

### 住院患者情况说明

姓名：林 性别：女 年龄：1岁2 科别：心儿科及结构床号： 住院号：

目前诊断：室间隔缺损（膜周部）

卵圆孔未闭

动脉导管未闭

肺动脉高压（中度）

入院情况及诊疗经过：患儿主因“发现心脏异常1月余”入院。入院后完善相关检查，拟行外科手术治疗。



# 博美镇点石村民委员会

## 证明

兹有我村 [REDACTED] 小组村民林 [REDACTED]，女，身份证：  
[REDACTED]，因被查出患有心脏病，现在广州中山大学附属第一医院接受治疗，其家庭经济困难，难以承担高额治疗费用，恳请有关部门和单位给予经济上的爱心资助，帮助其渡过难关。

患儿父亲：林 [REDACTED] 身份证：[REDACTED]

患儿母亲：沈 [REDACTED] 身份证：[REDACTED]

情况属实，特此证明。

经办人：[REDACTED]

联系电话：[REDACTED]

同意并转交相关部门处理  
[REDACTED]  
2024.10.12



