

W. 24

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: 2024587

申请日期: 2024年10月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	蔡	女	2017.07.19		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
	心力衰竭	广州市妇女儿童医疗中心	2017.07.19	50万			<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 type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 80_%	<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 4名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 84000元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: <input 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 蔡	36	健康		
	母亲 吴	32	健康		

申请救助理由(请详细描述):
 家庭经济困难,难以承担巨大医疗费用。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 吴 2024年10月8日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 心力衰竭(长期 Fontan 循环旁路) 2. 单心室 (改良 Norwood 费用 20-30万 + TCPC 搭) 3. 二支扩张术
	医师签名: 李刚 2024年10月17日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000元 (大写: 贰万 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2024年10月17日 

广东公益恤孤助学促进会意见:
 同意救助 ¥5000.00元 (大写: 五 千 零 拾 元 零 角 零 分)
 负责人签名: 李刚 2024年10月28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: 蔡 [redacted] 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 心力衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为蔡 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 吴 [redacted]
电 话: [redacted]
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10月29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: 蔡 性别:女 年龄:7岁 科别: CICU(珠) 床号: 住院号:

诊断:

1. 心力衰竭(C期, Fontan循环衰竭) 2. 单心室(改良Norwood+TCPC术后) 3. 二尖瓣反流 4. 三尖瓣关闭不全 5. 肝大

医嘱及建议: 2024-10-6入住我科, 2024-10-8行“心脏移植术”。

医师签名: 李文雷/毕嘉琛//

日期:2024-10-8 14:13:12

- 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。



证明

兹有我村村民蔡 [REDACTED]，女，身份证号码：

[REDACTED] 住址：陆丰市 [REDACTED]

号，该人患有心脏病后做心脏移植手术。父亲蔡 [REDACTED] 无有职业，母亲吴 [REDACTED] 无职业，家庭人口 6 人，收入低，实有困难，请有关部门给予帮助是盼。

特此证明



东海街道红星村民委员会
2024年10月14日



