

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:

2024590

申请日期: 2024年9月18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡	男	2023.08.15			广东省普宁市	
	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
	左肾动脉狭窄 肾发育不良(左) 肾积水(双侧,中度)	中山大学附属第一医院	2024.09.09	8-10万			<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 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>32000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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	31	健康		
	母亲 董	30	健康		

申请救助理由(请详细描述):

你好,我是蔡 家属,小孩前段时间老是反复发烧,医院查出肾动脉狭窄肾发育不良(先天性)需住院做手术,家里妻子要带小孩,无经济来源,就本人一人挣点生活费,无力承担巨大医疗费,向广东公益恤孤助学促进会申请救助,望贵会给予救助,在此十分感谢!

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 蔡 2024年9月18日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿诊断为左肾动脉狭窄,左肾发育不良可能,双肾积水,肾血管性高血压,需手术治疗,预计费用 肾内科
	医师签名:	尹 2024年9月19日
	医院意见(盖章):	情况属实,给予救助
	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 2024年9月19日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 王 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: 蔡	性别: 男	年龄: 1
病种: 先天性肾动脉核髓 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年10月11日



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

姓名：蔡

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：蔡 性别：男 年龄：1岁1科别：心儿科及结构床号：3 住院号：

目前诊断：左肾动脉狭窄
肾发育不良(左)
肾积水(双侧，中度)
体重低下(中度)

入院情况及诊疗经过：患儿诊断左肾动脉狭窄并左肾发育不良，双肾积水，肾血管性高血压，需住院行手术治疗。



医师签名： [Signature] 2024年09月14日

广东省普宁市大坝镇月窟村村民委员会

证明

兹有我村村民蔡 [REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED] 因被查出患有先天性肾动脉狭窄，现在广州中山大学第一附属医院接受治疗，其家庭经济困难，难以承担高额的治疗费用，恳请有关部门和单位给予经济上的爱心资助，帮助其度过难关。

患儿父亲：蔡 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：黄 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]

情况属实，特此证明

月窟村村民委员会

2024年9月14日



