

### 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: 20240475

申请日期: 2024年10月25日

|  |  |  |   |   |  |  |
|--|--|--|---|---|--|--|
| 病童资料   | 姓名   | 性别   | 出生年月                                    | 身份证号码                                   | 户籍所在地  |  |
|  | 吴  | 女  | 2024.7.3                                |   | 广东揭阳   |  |
|  | 所患疾病   | 治疗医院   | 确诊时间                                    | 预估总费用                                   | 住院号  | ID号  |
|  | 室间隔缺损<br>肺动脉高压重度   | 广州医科大学<br>附属第一医院                                   | 2024.10.16                              | 15万                                     |  |  |
| 购买保险情况及报<br>销比例  | <input type="checkbox"/> 新农合<br>____ %   | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民<br>____ % | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>____ % | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>____ % | <input type="checkbox"/> 无   | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br><br>残疾类型和<br>级别: |
| 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;  |  |
|  | 父亲 吴   | 36   |   |   | 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>42000</u> 元   |  |
|  | 母亲 许   | 35   |   |   | 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:<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 |  |
| 申请救助理由(请详细描述)  | 家里共5人,劳动力1人,收入靠打零工,不固定,时有时无,孩子的爷爷奶奶体弱多病,母亲也长期在治疗(子宫肌瘤,生育后过敏至晕倒). 经济入不敷出,无能力支付医药费。<br><br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 吴 2024年10月25日 |  |   |   |  |  |
| 医院填写   | 疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损. 房间隔缺损. 二尖瓣关闭不全. 重度肺动脉高压.<br>预计费用 15万元.<br>医师签名: 刘云 2024年10月25日   |  |   |   |  |  |
|  | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万零仟元零角零分)<br>负责人签名: 2024年11月14日  |  |   |   |  |  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>(易媛公益)<br>同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 五仟元零角零分)<br>负责人签名: 高 2024年11月25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

(易娉公益项目)

病童姓名: 吴 [redacted] 性别: 女 年龄: 4个月  
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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), 将作为吴 [redacted] 的治疗费用。

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11月28日



### 疾病诊断证明书

姓名: 吴 性别: 女 年龄: 4月11天 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: \*1. 室间隔缺损
- 2. 肺动脉高压重度
- 3. 二尖瓣关闭不全

此证

主诊科 (盖章)



## 证 明

兹有广东省揭阳市 [REDACTED] 常住居民 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]。患儿 [REDACTED]，女，汉族，身份证号码：[REDACTED]。户主 [REDACTED]，女，汉族，身份证号码：[REDACTED]。家庭收入来源于务工，家庭年收入 45000 元，母亲 [REDACTED]，女，汉族，身份证号码 [REDACTED]。在家带孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲务工维持生活，家族收入低，生活困难，情况属实。

特此证明

揭东区曲溪街道城西居委

2024年10月25日



