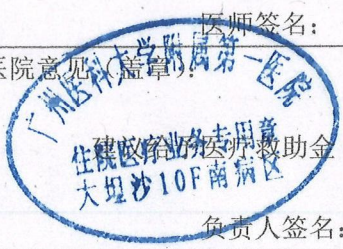


广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2024716

申请日期: 2024 年 11 月 28 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	男	2024年05月10日		云南省昭通市		
	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	广一院	2024.5.10	10万			<input type="checkbox"/> 是 <input 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 <u>50</u> %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> </u> %	<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>2</u> 名;		
	父亲 陈	27	糖尿病		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元		
	母亲 高	19	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）	<p>家庭人口 8 人 劳动力 2 人 收入来源 靠我和弟弟上班 大孩子两岁 小孩子从出生患有先天性心脏病 爱生病 感冒发烧 看病吃药 花费很大 孩子奶奶个子矮 上不了班 做不了重活 各种地 今年孩子爸爸查出糖尿病 经常吃药 打针 还欠外债 20000 元 没有还清 要加无能力支持 小孩先天性心脏病治疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024 年 11 月 28 日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断: 法洛四联症，需手术治疗，费用约 10 万元。 医师签名: 陈 2024 年 11 月 29 日						
	医院意见（盖章）：  住院医疗救助金 ¥ 10000 元（大写: 壹万零零佰零拾元零角零分） 负责人签名: 谢 2024 年 11 月 29 日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万零零佰零拾元零角一分） 负责人签名: 高 2024 年 12 月 30 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 陈 [模糊] 性别: 男 年龄: 7月25天
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附第一医院

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), 将作为陈 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [模糊]

电话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电话: [模糊]

经办人: 周基明

电话: 13822279353

日期: 2024年12月31日



疾病诊断证明书

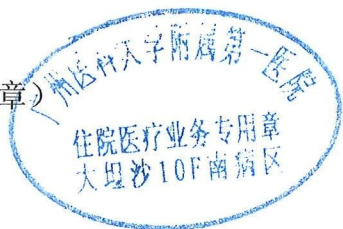
姓名: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 6月19天 住院号: [redacted]

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- 诊断: *1. 法洛[法乐]三联症
2. 房间隔缺损(继发孔型)

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁
医务科 (盖章)

日期: 2024年11月29日



证明

兹证明陈[REDACTED]，身份证号[REDACTED]，建档立卡
卡户编号：[REDACTED]，该户是从[REDACTED]搬迁到[REDACTED]
[REDACTED]的易地扶贫搬迁建档立卡贫困
户。

同源社区居民委员会

2024年11月19日



