

# 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

2022137  
编号: 2022141

申请日期: 2022年2月24日

|                                                             |                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|
| 病人资料                                                        | 姓名                                                                             | 性别                                                                                                       | 出生年月                                                                                                                                                             |       | 身份证号码   | 户籍所在地 |
|                                                             | 王博林                                                                            | 男                                                                                                        | 2017.8.8.                                                                                                                                                        |       |         | 普宁    |
|                                                             | 参加医保情况                                                                         |                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: % |       |         |       |
|                                                             | 所患疾病                                                                           |                                                                                                          | 治疗医院                                                                                                                                                             |       | 预计医疗费用  |       |
|                                                             | 先天性心脏病                                                                         |                                                                                                          | 南部时飞医院                                                                                                                                                           |       | 5500    |       |
| 病人直系亲属资料                                                    | 姓名                                                                             | 性别                                                                                                       | 年龄                                                                                                                                                               | 与患者关系 | 就业及收入情况 | 联系电话  |
|                                                             | 陈貌娜                                                                            | 女                                                                                                        | 43                                                                                                                                                               | 母子    | 没固定     |       |
|                                                             |                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
| 申请救助理由                                                      |                                                                                | <p>经济困难: 因小孩患先天性心脏病治疗就医, 长期需要服药, 家庭无劳动力, 导致家庭生活困难。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈貌娜 2022年2月24日</p> |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
| 医院填写                                                        | <p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>房间隔缺损</p> <p>医师签名: 罗林 年 月 日</p>                         |                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
|                                                             | <p>医院意见:</p> <p>建议给予医疗救助金 5000 元。</p> <p>(大写: 五千元整)</p> <p>负责人签名: 高晓 年 月 日</p> |                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |       |         |       |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助54元</p> <p>负责人(签名): 高晓 2022年3月21日</p> |                                                                                |                                                                                                          |                                                                                                                                                                  |       |         |       |



# 廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

## 重症貧童救助款收據

病童姓名: 王博林 性別: 男 年齡: 4

病種: 先天性心臟病 治療醫院: 中國人民解放軍南部戰區總醫院

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款5,000 元 (大写: 人民  
幣伍仟元整), 將作為王博林的治療費用。

受助人 (監護人): 陳貌娜

電話: ~~2222 2222~~

見證人 (記者/志願者/捐贈方  
代表等): —

電話: —

經辦人: 張弋

電話: 13822279253

日期: 2022年3月22日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名：王博林

科室：心胸外科心外病区

床号：64

住院号：724124

## 诊断证明

姓名：王博林 性别：男 年龄：4岁7月5天 ID号：Y1082160

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2022-03-14

出院日期： 住院天数：

病情摘要：患者因体检发现心脏杂音4年入院，诊断为先天性心脏病，拟行手术治疗

诊 断：先天性心脏病，室间隔缺损

医生意见：拟行手术治疗

经治医师：颜涛

2022-03-15, 15:44

广州军区广州总医院

(诊断专用章)



普 宁 市

# 流沙东街道新美社区居委会

地址：流沙东水果市场北侧 电话：2826655

## 证 明

兹有我辖区居民陈貌娜，女，身份证号码：[REDACTED]

生育有子女三人：王芝毓、王芷瑶、王博林，经揭西县人民法院民事调解，三个子女由陈貌娜负责抚养，男方每月各支付三个孩子的抚养费每人 400 元；陈貌娜在服装厂务工，收入低，家庭经济困难。

特此证明。

经办人：

普宁市流沙东街道新美居委会

2022 年 02 月 24 日





