

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）

编号: 2022315

申请日期: 2022年6月10日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	张漫琳	女	2019.10			贵州省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 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		广州医科大学附属第一医院		8万	
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
	张叔新	男	38	父女	无	
	卢小梅	女	37	母女	无	
申请救助理由		国家贫困 因前妻生病欠下大笔债，还有八十多岁的父亲需要照顾，家里条件十分困难，望帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张叔新 2022年6月10日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 先天性心脏病，需手术治疗，费用8万。 医师签名: 张明 2022年6月10日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 1万 元。 (大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢波 2022年6月10日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助该患儿 负责人(签名): 高晓红 2022年6月20日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症贫童救助款收据

病童姓名: 张漫琳 性别: 女 年龄: 2岁7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), 将作为张漫琳的治疗费用。

受助人 (监护人): 张叔新

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 张叔

电 话: 13822279353

日 期: 2022年 6 月 24日



疾病诊断证明书

姓名: 张漫琳

性别: 女

年龄: 2岁

住院号: 0000759298

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为:

法洛五联症

此证

主诊科 (盖章)

主诊医师: 陆国梁
医务科 (盖章)

日期: 2022年6月11日



困难证明

兹有困难先天性心脏病患儿张曼琳，性别女，年龄2，是贵州省安顺市（州）关岭县（区） 乡/镇（街道）新龙潭村民小组（居委会），（父亲：张叔新 母亲：卢小梅）村民（居民）的儿子/ 女儿。因治疗费用较高，难以承担患儿全部医疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲: 张叔新 身份证号: 370682197101010011

患儿母亲: 卢小梅 身份证号: 360102197801010000

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话: 1388538909

日期: 2022年 5 月 23 日

