

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023323

申请日期: 2023 年 5 月 31 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	黄心佳	女	2022年6月14日			广东省汕头市
	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
	黄永青	男	24	父亲	司机 4000/月	
	陈依纯	女	21	母亲	无	
申请救助理由	未出生时爷爷奶奶已不在, 14岁时父亲去世, 母亲一个人把我和我弟抚养大, 家里只有一个自建小房子。直到后面我已结婚生子, 小孩出生时就查出先天性隔疝, 做手术时已花光所有积蓄。术后现查出先天性心脏病, 室间隔缺损, 生长发育落后。因治疗费用较高, 家庭收入较低, 难以承担患儿全部医疗费用, 现向此基金会申请为患儿治疗的先心病。 本人保证上述情况完全真实。 提供经济上困难心资助。 申请人签名: 黄永青 2023年 5 月 31 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用 (估算): 先天性心脏病, 需手术治疗, 总费用需约8万元					
	医师签名: 张明 2023 年 5 月 31 日 医院意见: 建议给予医疗救助金 14 元。 (大写: 壹 万 零 肆 千 元 零 角 零 分) 负责人签名: 张明 2023 年 6 月 1 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但件之费						
负责人 (签名): 黄永青 2023 年 6 月 5 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: 黃沁佳 性别: 女 年龄: 11 月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学第一附属医院

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 黃沁佳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃东青

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 梁弋

电 话: 13822279253

日 期: 2023 年 6 月 5 日



疾病诊断证明书

姓名：黄沁佳

性别：女

年龄：11月17天

住院号：0000805931

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

室间隔缺损

此证

主诊科(盖章)



主诊医师：黄杰周

医务科(盖章)

日期：2023年5月31日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿黄沁佳，性别女，
年龄11个月，是广东省汕头市潮阳区西胪乡
镇(街道) 村民小组(居委会)，(父亲：黄东青 母
亲：陈依纯) 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
医院为患儿治疗先天性心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：黄东青 身份证号：

患儿母亲：陈依纯 身份证号：

村委会/居委会盖章：

联系电话：

日期：2023年6月1日



