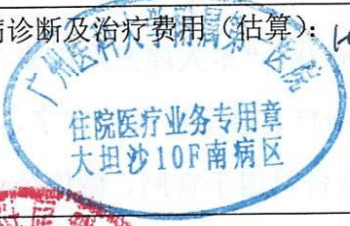


附件二

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023484

申请日期: 2023 年 8 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
	陆先雅	女	2023年3月26			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		广东省广州市医科大学附属第一医院		83		
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
	陈卯丹	女	30	母女	务农	
	陆奎斌	男	43	父女	务农	
申请救助理由	因手术治疗费用太高, 家庭收入来源微薄, 难以支撑手术费用, 望相关部门施以援手帮助我们。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈卯丹 2023年8月24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80元  医师签名: 李国明 2023年8月24日					
医院意见	建议给予医疗救助金 0.5 元。 大写: 半 万 伍 仟 元 佰 元 拾 元 元 角 元 分)  负责人签名: 谢波 2023年8月24日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 伍仟之整 (易媛公益项目) 负责人(签名): 高志心 2023年8月28日						

< 7 易娱基金会救助款收据 (病童姓名) ...
文件预览



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: 陆先雅 性别: 女 年龄: 0.5
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), 将作为陆先雅的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈卯丹
电 话:
见证人 (记者/志愿者/捐赠方
代表等):
电 话:
经办人: 梁戈
电 话: 1382579753
日期: 2023年8月30日



疾病诊断证明书

姓名：陆先雅

性别：女

年龄：4月23天

住院号：0000819258

经我院心脏大血管外科(大坦沙)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8月24日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿陆先雅，性别女，
年龄5个月，是贵州省黔西市市（州）黔西县（区）黔西
镇（街道）黔西村民小组（居委会），（父亲：陆奎斌母
亲：陈卯丹）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：陆奎斌身份证号：520425198001010101

患儿母亲：陈卯丹身份证号：520425198001010101

村委会/居委会盖章：



联系电话：

日期：2023年8月23日

