

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: 2023496

申请日期: 2023年9月7日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	罗一鸣	男	2014年10月28日		[REDACTED]	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	
		先天性心脏病法洛四联症		广州医科大学附属第一医院		10万
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
	罗敏	女	36	母子	无	[REDACTED]
申请救助理由	家庭人口4人, 父母靠低保金及本人打工维持, 父母低保600X2=1200 本人打蓝工年入800元, 家庭总年收入8000元. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 罗敏 2023年9月7日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断: 法洛四联症; 肺动脉狭窄 (重度) 建议手术治疗. 预计费用10万元 医师签名: 苏志周 年9月7日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金1万. (大写: 壹万元 仟零 无 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢波 年9月7日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助任伟之碧(易媛去查项目)						
负责人(签名): 高晓红 2023年9月11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: 罗一鸣 性别: 男 年龄: 8
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), 将作为罗一鸣的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗敏

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其玥

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 9 月 11 日



疾病诊断证明书

姓名: 罗一鸣

性别: 男

年龄: 8 岁

住院号: 0000822491

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- *1. 法洛[法乐]三联症
- 2. 肺动脉瓣狭窄 (重度)

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 黄杰周

黄杰周

医务科 (盖章)

日期: 2023 年 9 月 7 日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿 罗一鸣，性别 男，
年龄 9，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： 母
亲：罗敏）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： 身份证号：

患儿母亲：罗敏 身份证号：

村委会/居委会盖章：



联系电话：

日期：2023 年 9 月 1 日

