

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: 2023591

申请日期: 2023年12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
	陈俊熙	男	2023年1月25		4401221202301250000	深圳市福田区
	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
	陈建华	男	46	父子	无	13923456789
	田雪莲	女	46	母子	无	13923456789
申请救助理由	因为家庭经济困难,无发成高昂治疗费用,希望得到有关的机构和人士的帮助 谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈建华 2023年12月7日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断: 室间隔缺损,卵圆孔未闭,需手术治疗,费用约8万元。					
	医院意见: 建议给予医疗救助金0.5万元。 (大写: 肆万伍仟元 拾元 零角 零分) 医师签名: 陈俊熙 2023年12月8日 负责人签名: 郭少波 2023年12月8日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助该患儿(易发不查项目) 负责人(签名): 郭少波 2023年12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: 陈俊熙 性别: 男 年龄: 1
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广东省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 陈俊熙 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈建伟

电 话: [REDACTED]

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 12 月 13 日



疾病诊断证明书

姓名：陈俊熙

性别：男

年龄：1岁

住院号：0000836727

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- *1. 室间隔缺损
- 2. 卵圆孔未闭

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2023年12月7日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿陆俊熙，性别男，
年龄1岁，是贵州省 贵阳市（州）观山湖县（区）观山湖乡
/镇（街道）观山湖村民小组（居委会），（父亲：陈建华母
亲：田雪莲）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：陈建华 身份证号：520102198001010011

患儿母亲：田雪莲 身份证号：520102198001010011

村委会/居委会盖章：

联系电话：18685110000

日期：2023年12月7日

门诊住院

Outpatient & Inpatient

入口

包过安检



第一医院

85

