

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023592

申请日期: 2022年12月1日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	王官星	男	2022年5月9日			
	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
	王绍祥	男	50	父子	种地、种包谷	
	张燕	女	29	母子	越南籍	无
申请救助理由		王绍祥村民的儿子。因治疗费用较高，难以承担患儿全部医疗费用。恳请有关方面提供经济上的援助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王绍祥 2022年12月1日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断：法洛四联症、动脉导管未闭，需手术治疗，费用约8万元。 医师签名: 陆敏 2023年12月4日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金 1万 元。 （大写：壹万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 陆敏 2023年12月4日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但42万 (另媒去查证) 负责人(签名): 姜晓 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: 王官星 性别: 男 6 年龄: 1.6 岁
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), 将作为王官星的治疗费用。

受助人 (监护人): 王绍祥

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2023年12月18日



疾病诊断证明书

姓名: 王官星

性别: 男

年龄: 1岁

住院号: 0000834076

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

*1. 先天性心脏病

法洛[法乐]四联症

动脉导管未闭-管型

此证

主诊科(盖章)

主诊医师: 黄杰周

医务科(盖章)

日期: 2023年11月24日

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿王官星，性别男，年龄1岁6月，是云南省 州 市 镇 村民委会糯科底村民小组，王绍祥村民的儿子。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：王绍祥 身份证号：

患儿母亲：张燕 身份证号：越南籍

村委会（盖章）：岩蜂窝村民委员会

联系电话：

日期：2023年11月14日

