

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：2023606

申请日期：2023年12月22日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	秦沐双	女	2023年7月18日			广东省
	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	
肺动脉高压 大量间隔缺损		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
	秦日秋	男	32	父亲	工厂打临工收入 一年3000元	
	林锦佳	女	27	母亲	家庭主妇	
申请救助理由		叔秦日秋家里有两老人和三小孩要养因小女患有先天性心脏病大量间隔缺损肺动脉高压向基金会申请帮助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：秦日秋 2023年12月22日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：先天性心脏病、需手术治疗、系急需治疗 8万					
	医师签名：王亚明 2023年12月22日 医院意见： 建议给予医疗救助金1万元。 （大写：壹万零仟圆佰元拾元零角五分） 负责人签名：王亚明 2023年12月22日					
广东公益恤孤助学促进会意见：同意救助伍仟元整（易娱公益项目） 负责人（签名）：王亚明 2023年12月25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: 秦淑橦 性别: 女 年龄: 1
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), 将作为秦淑橦的治疗费用。

受助人 (监护人): 秦日秋

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26日



疾病诊断证明书

姓名：秦淑樟

性别：女

年龄：5月2天

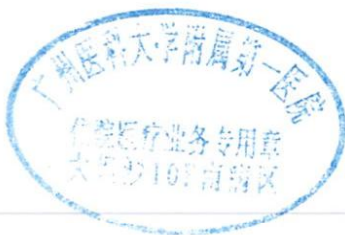
住院号：0000836351

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. 房间隔缺损
- 3. 肺动脉高压重度

此证

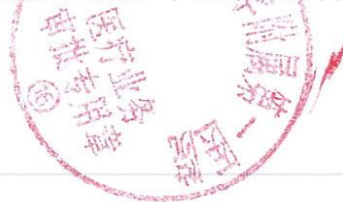
主诊科（盖章）



主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2023年12月22日



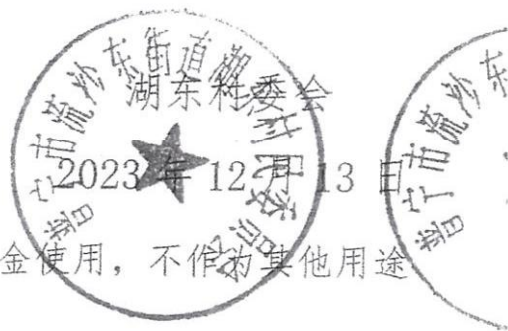
普 宁 市

流沙东街道湖东村民委员会用笺

证 明

兹有我村村民秦日秋，男，身份证号码： 该员在 散工，每月收入约 2500 元，每年收入约 3 万元。其妻子林锦准在家照顾三个小孩和家务，没有经济收入，现因女儿秦淑槿患有先天性心脏病需要医治，家庭经济困难，请有关单位负责同志给予照顾帮助为盼。

特此证明



此证明仅限申请医院基金使用，不作为其他用途

