

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：2024014

申请日期：2024年1月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曾坚强	女	2023.10.16	[模糊]		韶关	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	先天性心脏病	广州市第一人民医院	2023.12.19	8万	000089086	—	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 — %	☐ 城镇居民 — %	☐ 商业保险 — %	☐ 其他保险 — %	☐ 无	残疾类型和级别：

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>4</u> 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>23000</u> 元 3、固定资产： <u>没</u> 套房子； <u>没</u> 辆摩托车； <u>没</u> 辆小车 4、家庭困难类型： ☒ 村居委开具困难证明； ☐ 街镇开具困难证明； ☐ 困境儿童证明； ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲：曾日清	55	身体不好	[模糊]	
	母亲：林美秀	40	身体不好	[模糊]	

申请救助理由（请详细描述）：

本人曾日清一个人打临时工一个月都无定工资还要养4个小孩，妻子林美秀家庭主妇在家带4个小孩无收入，现资金十分困难，向基金会申请基金。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：曾日清 2024年1月9日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：	先天性心脏病，需手术，总费用需约8万元	
	医师签名：	[签名] 2024年1月9日	
	医院意见（盖章）：	[盖章]	

建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元（大写：壹万元 仟 佰 元 角 分）

负责人签名：[签名] 2024年1月9日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写：伍仟元 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：[签名] 2024年1月15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: 曾坚强 性别: 男 年龄: 3个月
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), 将作为曾坚强的治疗费用。

受助人 (监护人): 林美秀

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年1月16日



廣州醫科大學附屬第一醫院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名：曾坚强

性别：女

年龄：2月3天

住院号：0000839086

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
- 2. 肺静脉连接完全异常

此证

主诊科（盖章）

主诊医师：黄杰周

医学科（盖章）

日期：2024年1月9日

住院医疗业务专用章
大坦沙10F南病区

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿曾坚强，性别女，
年龄0，是广东省四会市（州）四会县（区）四会乡
/镇（街道）四会村民小组（居委会），（父亲：曾日清母
亲：林美秀）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：曾日清身份证号：441221198101010101

患儿母亲：林美秀身份证号：441221198101010101

村委会/居委会盖章：



联系电话：13809010101

日期：2023年12月7日

