

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: 20240404

申请日期: 2024 年 1 月 22 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张陈瑞涵	女	2010.11.6	[REDACTED]		云南.红河	
	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	广州医科大学附属第一医院	2014年9月	10万	844589	—	☐ 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>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>38000</u> 元 3、固定资产: <u>—</u> 套房子; <u>—</u> 辆摩托车; <u>—</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	陈维亮	37	健康		[REDACTED]
	母亲	张金凤	34	残疾		[REDACTED]

申请救助理由 (请详细描述):

我们出生在云南的贫困山区经济收入微薄, 仅靠的生活还能生活. 直到2014年查出女儿先天性心脏病, 我们前往各地医院治疗, 后又面临昂贵的各种医疗, 我们一直在医院跑, 没有经济收入, 在此肯请此单位给予救助.

本人保证上述情况完全真实.

申请人签名: 张金凤 2024 年 1 月 22 日

医院填写

疾病诊断及治疗 (费用):

诊断: 主动脉瓣狭窄, 需手术治疗, 费用约 10 万元.

医师签名: [REDACTED] 2024 年 1 月 26 日

医院意见 (盖章):

建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 元 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: [REDACTED] 2024 年 1 月 26 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5000 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: [REDACTED] 2024 年 2 月 5 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

(易嫫公益项目)

病童姓名: 张陈瑞涵 性别: 女

年龄: 13

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 张陈瑞涵 的治疗费用。

受助人 (监护人):

张金凤
陈维亮

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 13822279353

日 期: 2024年2月6日



疾病诊断证明书

姓名：张陈瑞涵

性别：女

年龄：13 岁

住院号：0000844589

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

主动脉瓣狭窄

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2024 年 1 月 23 日

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿张陈瑞峰，性别女，
年龄14，是云南省红河市(州)蒙自县(区)蒙自镇
/镇(街道)蒙自镇村民小组(居委会)，(父亲：陈维亮母
亲：张金凤)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: 陈维亮 身份证号: 360102197101010000

患儿母亲: 张金凤 身份证号: 370624197101010000

村委会/居委会盖章:

熊冬

联系电话

日期: 2024 年 1 月 19 日

