

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: 2024081

申请日期: 2024年3月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	廖锦沙	女	2023.5.16			广西	
	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	2023.5.16	5万	0000851736	/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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	

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>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>20000</u> 元 3、固定资产: <u>自建</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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 廖鹏思	39	健康		
	母亲 莫小妹	32	健康		

申请救助理由(请详细描述):

我是 廖鹏思 现年39岁 和莫小妹结婚多年 一直未能生育 去医院检查出 莫小妹 左侧卵巢囊肿 会影响生育 做了手术 花了五万左右 好不容易怀上了 又早产 住保温箱 花了三万左右 今年又肺炎 花了两万左右

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 廖鹏思 2024年3月12日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 动脉导管未闭, 需手术治疗 费用约5万元
	医师签名: 廖鹏思 2024年3月12日
医院意见(盖章):	
建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: <u>壹万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)	
负责人签名: 廖鹏思 2024年3月12日	

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易媛公益项目)

同意救助 ¥ 5000.00 元 (大写: 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: 易媛 2024年3月18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: 廖锦汐 性别: 女 年龄: 10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), 将作为廖锦汐的治疗费用。

受助人 (监护人): 廖鹏恩

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年3月20日



疾病诊断证明书

姓名：廖锦汐

性别：女

年龄：9月27天

住院号：0000851736

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

动脉导管未闭

此证

主诊科(盖章)



主诊医师：

医务科(盖章)

日期：2024年3月12日



陆国梁

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿廖锦沙，性别女。
年龄9个月，是广西省 市(州) 县(区) 乡
/镇(街道) 村民小组(居委会)，(父亲：廖鹏鬼 母
亲：莫小妹)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：廖鹏思 身份证号：430321198201010011

患儿母亲：莫小妹身份证号：

村委会/居委会盖章:

叶季族

联系电话:

日期: 2024 年 3 月 4 日

