

### 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: 2024082

申请日期: 2024年3月7日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	陈思思	女	2023.4.16		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	怀孕期	16万	0000849030	无	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:	
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 无%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 无%	<input type="checkbox"/> 商业保险 无%	<input type="checkbox"/> 其他保险 无%	<input checked="" type="checkbox"/> 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>28200</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	陈金	39	健康				
	母亲	梁娟娟	37	健康				
申请救助理由(请详细描述)	我是(患儿)陈思思的妈妈,因为该儿患有先天性心脏病,作为一个普通的家庭,我们的经济状况并不富裕,家中就靠孩儿爸爸一工作的收入勉强来维持生活开销,还有一个长女在当地就读小学,而小女陈思思的病情需要一次昂贵的手术费用,对我们来说是一个巨大的负担,所以希望能得到基金会的救助和支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁娟娟 2024年3月7日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断 先天性心脏病 2层间隔缺损 3.肺动脉高压 重度 4.总... 治疗费用 20万。							
	医师签名: 梁娟娟 2024年3月7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</u> 万 <u>仟</u> <u>佰</u> <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 梁娟娟 2024年3月7日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛公益项目) 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元 (大写: <u>壹</u> 万 <u>仟</u> <u>佰</u> <u>拾</u> <u>元</u> <u>角</u> <u>分</u> ) 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: 陈思思 性别: 女 年龄: 10+

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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为陈思思的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁娟丽

电 话: [REDACTED]

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3月19日



### 疾病诊断证明书

姓名: 陈思思

性别: 女

年龄: 10月10天

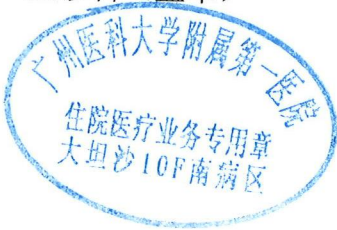
住院号: 0000849030

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: 2024年3月7日





登记事项变更和更正记载

项	目	变 更 后	变 动 日 期	承 办 人 签 章

