

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: 2024/00

申请日期: 2024年 3月 18日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林秋悦	女	2022年8月19日		云南省		
	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
	先天性房间隔缺损(继发孔型)	广州医科大学附属第一医院	2023年2月	60000	0000852303	—	<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 — %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 — %	<input type="checkbox"/> 商业保险 — %	<input type="checkbox"/> 其他保险 — %	<input 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>37</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: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	林世勇	34	健康	
	母亲	范群丽	24	先天性房间隔缺损	

申请救助理由(请详细描述):
 本人林世勇,家庭4口,在(建筑工地)做重工(建筑工地)配偶范群丽患有房间隔缺损,身体不好,在家带小孩,女儿林秋悦于2022年12月因感不适,去检查发现患有先天性房间隔缺损(继发孔型)次子一岁半,因家庭条件比较困难,没有钱治疗林秋悦,特申请救助,望有关部门给予救助,感谢!
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 林世勇 2024年 3月 18日

医院填写
 疾病诊断及治疗(费用):
 诊断: 房间隔缺损, 需手术 费用约6万元。
 医师签名: 张明 2024年 3月 18日
 医院意见(盖章):
 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元) (拾元零角零分)
 负责人签名: 张明 2024年 3月 18日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 (易媛公益项目)
 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元) (拾元零角零分)
 负责人签名: 易媛 2024年 3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：林秋悦	性别：女	年龄：2岁
病种：先天性房间隔缺损(继发肺动脉瓣关闭不全) 治疗医院：广州市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)，将作为林秋悦的治疗费用。

受助人 (监护人)：林世勇
电 话：13822279353
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：2024年3月26日



疾病诊断证明书

姓名：林秋悦

性别：女

年龄：2岁

住院号：0000852303

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

房间隔缺损（继发孔型）

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：郭大鑫

医资科（盖章）

日期：2024年3月18日



证明

兹有云南省[REDACTED]民
[REDACTED]，常住村民林世勇，男，汉族，身份证号码：
[REDACTED]，患儿林秋悦，女，汉族，身份
证号码：[REDACTED]，户主林世勇，男，汉族，
身份证号码：[REDACTED]，家庭收入来源于
务工，家庭年收入 36000 元，其配偶范群丽，女，汉
族，身份证号码：[REDACTED]，身体不好（患
有先天性房间隔缺损），只能在家带两个孩子，没有收
入，全靠林世勇在县内务工维持生活，家庭收入低，
生活困难，情况属实。

特此证明。



扎西镇龙里村民委员会

2024年03月18日

林星秀 [REDACTED]

