

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: 2024166

申请日期: 2024年3月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2009年2月28日			广西崇左宁明	
	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年6月23日	10万		/	☐ 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			
	父亲	黄	48	良好				
	母亲	黄	43	良好				
1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 自有1套房子; / 辆摩托车; / 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								
申请救助理由(请详细描述): 我是患儿黄,患有先心病,父亲黄因文化低,无法外出务工,只能在家种甘蔗维持生活。母亲黄群珠在家带三个孩子及照顾老人,不能正常做工,因治疗费用较高,家庭收入低,难以承担全部医疗费用,现向广东公益恤孤助学促进会申请为患儿治疗出生缺陷疾病(包括先心病)提供经济上的爱心资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年3月26日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损(干下型),重度肺动脉压,二次手术关闭双室。 预计费用 10万 医师签名: 刘江 2024年3月26日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万零仟贰佰元 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 2024年3月26日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000 元 (大写: 五仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年4月8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: 黃	性别: 女	年龄: 15
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙)	

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 138 2227 9353

日 期: 2014 年 4 月 17 日



疾病诊断证明书

姓名：黄

性别：女

年龄：15 岁

住院号：

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 干下型
- 2. 肺动脉高压重度
- 3. 二尖瓣关闭不全 (重度)

此证



主诊医师：刘云奇

医务科 (盖章)

日期：2024 年 4 月 2 日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿黄, [REDACTED], 性别女,
年龄14岁, 是广西省崇左市(州)宁明县(区)寨安乡
/镇(街道)[REDACTED]村民小组(居委会), (父亲:黄, [REDACTED] 母
亲:黄, [REDACTED]) 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: 黄, [REDACTED] 身份证号: [REDACTED]

患儿母亲: 黄, [REDACTED] 身份证号: [REDACTED]

村委会/居委会盖章:



联系电话: [REDACTED]

日期: 2023 年 11 月 11 日

