

### 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: 2024194

申请日期: 2024年4月23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱	女	2019.8.15	[模糊]		贵州省兴仁县	
	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 房间隔缺损	医一院	2019.9.24	6万	[模糊]	—	<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>48000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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 朱	31	正常	[模糊]	
	母亲 李	29	正常	[模糊]	

申请救助理由 (请详细描述):  
 本人是一个六口之家。妈妈早世。父亲和奶奶年事已高。身体不好。经常吃药。妻子常年在家照顾老人和小孩。所有的开支都靠我一个人打零工来维持生活。早年妈妈生病欠下的钱到现在都还没有还。  
 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 朱 [模糊] 2024年4月23日

医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):	先天性心脏病, 需手术治疗, 费用约6万元
	医师签名:	[模糊] 2024年4月23日
	医院意见 (盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟元整)
	负责人签名:	[模糊] 2024年4月23日

广东公益恤孤助学促进会意见:  
 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整)  
 负责人签名: [模糊] 2024年4月28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: 朱 [模糊] 性别: 女 年龄: 4.8岁  
病种: 先天性房间隔缺损 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), 将作为朱 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱 [模糊]

电话: [模糊]

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4月30日



疾病诊断证明书

姓名: 朱 [redacted]

性别: 女

年龄: 4岁

住院号: [redacted]

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

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 黄杰周

医务科 (盖章)

日期: 2024年4月23日

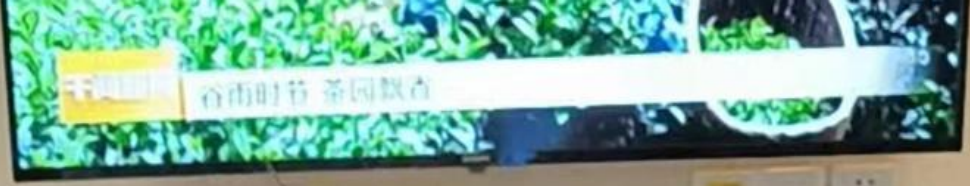


# 证 明

兹有我村[ ]居民朱[ ]，男，汉族，身份证号码：  
[ ]，其家庭为农民家庭，无固定收入，家  
庭收入低不稳定。

特此证明





20

