

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: 2024206

申请日期: 2024年 4月 30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	张		女	2023年8月25日			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		广州医科大学附属第一医院	2023年11月	9万			☐ 是 ☒ 否	
	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	残疾类型和级别:	
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>60000</u> 元 3、固定资产: <u>自住</u> 套房子; <u>✓</u> 辆摩托车; <u>✓</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	张	23	良好					
	母亲	吴	25	良好					
申请救助理由(请详细描述)	家庭收入来源父亲张 务工、母亲吴 在家带两个孩子,没有收入,全靠父亲在外务工维持生活,家庭收入低,生活困难 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2024年 4月 30日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 药物治疗, 费用约8万元 医师签名: 李新								
	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: 2024年 4月 20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>5,000.00</u> 元 (大写: <u>一</u> 万 <u>五</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: 2024年 5月 6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: 张 [模糊] 性别: 女 年龄: 8月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属医院

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), 将作为张 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月7日



疾病诊断证明书

姓名: 张

性别: 女

年龄: 7月29天

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
- 2. 卵圆孔未闭

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2024年4月30日



[Signature]

证明

兹有贵州省兴仁市[REDACTED]常住村民张[REDACTED]男、汉族、身份证号码：[REDACTED]，患儿张[REDACTED]：女、苗族、身份证号码：[REDACTED] 父亲张[REDACTED]：男、汉族、身份证号码：[REDACTED] 家庭收入来源于务工，年收入 40000，母亲吴[REDACTED] 女、苗族、身份证号码：[REDACTED] 在家带两个孩子，没有收入，全靠父亲在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

五峰村村民委员会

2024年4月10日

经办人：[REDACTED]

电话：[REDACTED]

兴仁市东湖街道办事处

2024年4月10日

经办人：[REDACTED]

电话：[REDACTED]

