

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: 7024229

申请日期: 2024年5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		
	黄	男	2021.01.02		江西修水		
	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	2021.1.2	8万			☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 1 名;		
	父亲 黄	30	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元		
	母亲 黄	22	良好		3、固定资产: 自住 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	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						
	本人黄荣康家庭人口5人, 劳动力2人, 家中父母身体弱, 妻子常年带小孩无法工作, 只靠本人在家务农种玉米, 八旬无其他收入, 家庭非常困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年5月7日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 先天性心脏病, 卵圆孔未闭, 房缺, 费用约8万元。						
	医师签名: 杨 2024年5月7日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年5月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年5月13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: 男 年龄: 3
病种: 心脏大血管外科 治疗医院: 广州医科大学附屬第一医院國家呼吸醫學中心

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: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 5 月 14 日



疾病诊断证明书

姓名: 黄

性别: 男

年龄: 3 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
- 2. 肺动脉高压

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 谢少波**
医务科 (盖章)

日期: 2024年4月30日

Handwritten signature

证明

兹有我村 [REDACTED] 村民黄 [REDACTED] 男，壮族，身份证号码：

[REDACTED] 父亲：黄 [REDACTED] 男，壮族，身份证号码：

[REDACTED] 母亲：黄 [REDACTED] 女，壮族，身份证号码：

[REDACTED] 该户为 2018 年脱贫户，家庭人口 5 人，劳动力 4 人，由于需照顾患儿黄 [REDACTED] 无法外出务工，全家靠在家种 3 亩玉米、护理 5 亩八角，年人均收入不足 10000 元，生活较困难，情况属实。

特此证明

证明人：[REDACTED]

德保县东凌镇平交村村民委员会

2024 年 3 月 1 日



