

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: 2024253

申请日期: 2024年5月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	董	男	2023.10.1			广东省清远市	
	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	4.22	60000			☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 92000 元 3、固定资产: 1 套房子; 无 辆摩托车; 无 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 董	31	良好		
	母亲 陈	30	良好		

申请救助理由(请详细描述):

我叫董 来自广东省清远市,于2024年4月22日,带儿子董 到医院检查,查出有先天性心脏病,董 还患有疝气,医生建议要尽快手术,由于家庭有六口人,一个老人三个小孩,一个在上幼儿园,两个由他们爷爷带,家庭收入低,完全无法支撑这笔手术费,家庭困难,特申请基金,实属万般无奈,本人所述情况属实,望批准我的申请。本人董水明因小时候干农活不小心弄断了一根食指。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 董 2024年5月24日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	诊断: 1.房间隔缺损 肺动脉狭窄 治疗费用约6万元。
	医师签名:	邵大经 2024年5月24日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)	
	负责人签名: 谢少波	2024年5月24日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(另贴公章项目)

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: 高晓 2024年5月27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: 7个月20天
病种: 先天性心脏病房间隔缺损	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: 13822279353

日 期: 2024年5月28日

疾病诊断证明书

姓名：黄

性别：男

年龄：7月3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. 房间隔缺损(继发孔型)
- 2. 肺动脉狭窄

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师：谢少波**

医务科 (盖章)

日期：2024年3月24日



家庭情况说明

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿 黄 贤，年龄 7月20天 岁，是 广东 省（区、市） 清远 市（州） 连山 县（区） 连山 乡镇（街道） 连山 村民小组（居委会），（父亲：黄 母亲：陈）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用。

患儿父亲：黄 身份证号码：441221198101121111

患儿母亲：陈 身份证号码：441221198101121111

情况属实，特此证明

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：13601611111

盖章：

经办人及联系电话：13601611111

2024年 5 月 27 日

