

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：2024262

申请日期：2024年5月31日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	潘	女	2023.12.10			广西贺州市		
	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 大量间隔缺损 房间隔缺损	广西医科大学 附属第一医院	2024.5.23 2023.12	80000元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别：	
	购买保险情况及报 销比例	☒ 新农合 60%	☐ 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 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴）40000 元 3、固定资产：无套房子；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	潘	27	正常				
	母亲	陈	24	正常				
申请救助理由（请详细描述）	因我女儿潘，患先天性心脏病在贺州市经常反复肺炎发烧经常住院积蓄花的仙刺无几，现医生告知需转诊上一级医院（广西医科大学附属第一医院）手术治疗，费用已到80000还在重症监护室抢救治疗已凑集的资金已用完现在无法承担高额医疗费用，本人潘重全在农村户主在镇上打零工收入低，希望得到广东省（广东公益恤孤助学促进会）重症会帮助！ 特此书面声明 谢谢帮助过我的人。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：潘 2024年5月31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，总费用需约8万。							
	医师签名： 2024年5月31日 医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写： 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名： 谢少波 2024年5月31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 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名： 高晓红 2024年6月3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: 潘	性别: 女	年龄: 5月
病种: 室间隔缺损 后间隔缺损	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), 将作为潘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘

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6月4日



疾病诊断证明书

姓名: 潘 性别: 女 年龄: 5月13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 (膜周部)
- 2. 房间隔缺损 (筛孔型)

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 黄杰周

医务科 (盖章)

日期: 2024年5月31日



证 明

兹有[]村民潘[]，男，汉族，身份证号码：

[]，地址：广西贺州市[]

[]。家庭共 8 人，经济来源主要靠在家务农，在镇上打零工，家庭经济收入低，每年收入约 4 万元，人均收入低于本村村民平均水平。（患者潘[]，女，瑶族，身份证号码：[]）需要做先天性心脏病手术需要医治，望有关单位负责同志给予帮助为盼！

特此证明！

八步区里松镇青凤村民委员会

2024年5月15日



