

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: 2024261

申请日期: 2024年5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	
	罗	男	2021.8.27			广西	
	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
	先天性肺动脉瓣上狭窄	广州医科大学 附属第一医院	2022.3 2024.4.29	6万元			☐ 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____名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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 罗	34	一般				
	母亲 蔡	35	良好				
申请救助理由(请详细描述)	孩子自2022年3月份做了法洛四联症手术,术后以来两年多体质较差常生病,以及家中两位老人身体差,一直以来求医问药月均医疗费用100至上千元不等,我们省衣缩食,孩子穿的衣服都是亲戚给的旧衣服,全家经济全靠孩子爸爸在外务工,年收入4万元左右仅能维持家庭一般开销,我在家里照顾孩子及老人无收入,两位老人在身体允许时种点地,尽力的为家庭减轻开销。知道又要住院做开刀手术以来我们到处借钱,但由于原本就有4万7的外债,借到的钱只是杯水车薪,目前光检查费和开刀手术费已超6万多,现在还在住院中后续治疗费用未知,我们已无法支付昂贵的医疗费用,因此申请救助!谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2024年5月30日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性肺动脉瓣上狭窄,需手术治疗,需约6万元						
	医师签名: 李 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: 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 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: 罗[模糊] 性别: 男 年龄: 2
病种: 先天性肺动脉瓣上狭窄 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), 将作为罗[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡[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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年6月4日

疾病诊断证明书

姓名: 罗

性别: 男

年龄: 2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. 先天性肺动脉瓣上狭窄
- 2. 先天性心脏病术后 法洛四联症

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30日

困难证明

兹有广西壮族自治区贺州市[REDACTED]组常住村民罗[REDACTED]、男、汉、身份证号码:[REDACTED] 患儿父亲罗[REDACTED]、男、身份证号码:[REDACTED]，家庭收入来源于外出务工，家庭年收入40000，患儿母亲蔡[REDACTED]、女、身份证号码:[REDACTED] 在家带孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲罗[REDACTED]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!

八步区灵峰镇和平村民委员会

2024年5月31日



