

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: 2024260

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	
	彭		女	2023.5.5			广东湛江	
	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 室间隔缺损		广东医科大学附属医院	2024-5-21	7万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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 彭	34	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） 4万 元			
	母亲 李	29	正常		固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 辆小汽车 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			
申请救助理由（请详细描述） 好病患病情严重，所需医疗费用巨大。加上病患家庭条件困难，收入微薄，日常开销都是由病患父母省吃俭用省下。加上患儿一出生就体弱多病，平时的就医费用大多都是亲朋好友相借。因无力承担本次全部治疗费用，现向广东公益恤孤助学促进会重症患儿救助项目申请资助，感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2024年5月30日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 先天性心脏病，室间隔缺损，手术费用约6.32万 医师签名: 李 2024年5月30日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 五 千 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 谢少波 2024年5月30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 千 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 李 2024年5月30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: 彭 性别: 女 年龄: 1
病种: 膜部瘤样两处破裂 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 彭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 彭

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 6 月 4 日

疾病诊断证明书

姓名: 彭

性别: 女

年龄: 1 岁

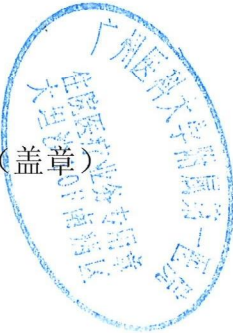
住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

室间隔缺损

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

证 明

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿彭，性别女，
年龄1岁，是广东省（区、市）湛江市（州） 县
（区） 乡镇（街道） 村委会（居委会），（父
亲彭，母亲：卢）村民（居民）的儿子/女儿。家
庭收入来源于父亲外出务工，家庭年收入40000元；母亲在家带孩子，照顾老人，没有收入，家里全靠父亲彭在外务工维持生活。

2024



