

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:

2024277

申请日期: 2024年06月07日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	方		女	2019.03.07			贵州省沿河	
	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	产检6个月 右. 2018年	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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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 方	29	良好					
母亲 龙	26	良好						
申请救助理由(请详细描述)	本人方, 因妻子全职在家照顾小孩, 没有收入, 唯一的收入来源于本人 务工所得, 又因长女方 患有先天性心脏病, 经常感冒要打针吃药, 经常 感染肺炎, 导致经常请假带小孩看病, 工资收入低, 开销大, 现在无力承担 小孩高额的手术治疗费用, 特提出救助申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 方 2024年06月07日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病, 需手术, 手术费用约8.3万							
	医师签名: 王明 2024年6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 叁 角 3分) 负责人签名: 2024年6月7日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛公证) 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 一 万 五 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2024年6月11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: 方 [redacted] 性别: 女 年龄: 5岁
病种: 先天性心脏病 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), 将作为方 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 方 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年6月12日



疾病诊断证明书

姓名：方

性别：女

年龄：5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（膜周部）
- 2. 主动脉缩窄

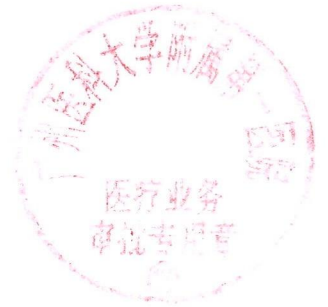
此证

主诊科（盖章）

主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2024年6月7日



家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿方，性别女，年龄5，是贵州省铜仁市（州） 县（区） 乡/镇（街道） 村委会（居委会），（父亲：方母亲：龙）村民（居民）的儿子/女儿。因其家庭难以承担先心病儿童的治疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：方身份证号：

患儿母亲：龙身份证号：

村委会/居委会盖章：

联系电话：

日期：2024年5月30日



