

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: 2024292

申请日期: 2024年6月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林	女	2009.9月24号			广东省陆	
	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
	心脏病	广州医科大学附属第一医院	2017年	10万元			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:

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>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>15000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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 林	1944	健康		
	母亲 林	42	健康		

申请救助理由(请详细描述):

您好,我是患儿的父亲,本人家庭条件实在困难,父母年纪大了也没有收入,一家人就靠我一个人的微薄收入养活,加上患儿一出生就体弱多病,平时就医费用太多都是亲戚朋友借的,但是本次病情严重,因家庭收入太低,无力承担全部治疗费用,广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请,广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请,望申请通过感谢!

本人保证上述情况完全真实

申请人签名: 林 2024年6月11日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 先天性心脏病, 需手术治疗, 费用约10万元
	医师签名: 林 2024年6月11日
医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: 壹万零叁佰叁拾叁元叁角叁分)
负责人签名: 林	2024年6月12日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易媛媛)

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元) (角 分)

负责人签名: 易媛媛 2024年6月17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: 林 [redacted] 性别: 女 年龄: 14
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), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [redacted]

电 话: [redacted]

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18日



疾病诊断证明书

姓名: 林

性别: 女

年龄: 14 岁

住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

二尖瓣关闭不全

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁
医务科 (盖章)

住院医疗日期: 2024年6月11日

大坦沙10F南病区



陆丰市桥冲镇后冲村民委员会

证 明

兹有我村村民林[REDACTED]，男，汉族，身份证号码：
[REDACTED]，该村民以务农收入为主，年收入大概在 15000 元，属于贫困家庭。

特此证明

桥冲镇后冲村民委员会

2024 年 5 月 10 日



