

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: 2024301

申请日期: 2024 年 6 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	罗		女	2018.12.18			贵州省	
	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	2018 年	6 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>1</u> 名;		
	父亲	罗	32	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>30000</u> 元		
	母亲	陈	24	健康		3、固定资产: <u>一</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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		
申请救助理由（请详细描述）		由 2018 年 12 月份在老家小孩百母因感染到全身淋巴结肿大经多地医治后在上海华山医院通过治疗约半年才得以痊愈。此病就不富裕的家庭背上更重的付担与压力 现家庭确为很困难。望领导详查为谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2024 年 6 月 12 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断室间隔缺损. 治疗费用约 6 万元。							
	医师签名: 邵大鑫 医院意见（盖章）: 住院医疗业务专用章 大坦沙 10F 南病区 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1</u> 万元（大写: <u>壹</u> 万 <u>零</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 2024 年 6 月 12 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛公意). 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元（大写: <u>五</u> 千 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分） 负责人签名: 易媛 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: 罗 [模糊] 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), 将作为罗 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗 [模糊]

电 话: [模糊]

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17日



住院诊断证明

姓名: 罗 性别: 女 年龄: 5岁 住院号:

地址: 贵州省铜仁市沿河土家族自治县黄土镇@杨家村田湾组

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2024年6月6日

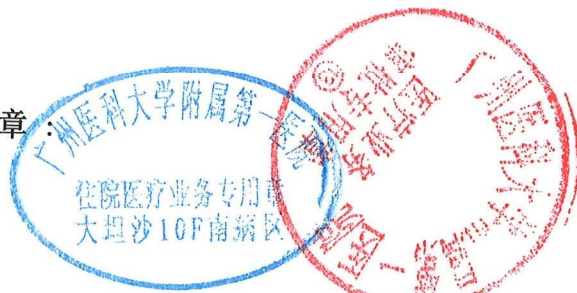
出院日期:

诊断: 室间隔缺损(膜周型)

建议及注意事项: 手术治疗

医师签名: 郭大鑫 郭大鑫

签章:



日期: 2024年6月11日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿罗，性别女，年龄6岁，
是贵州省镇村委会(父亲：罗，母亲：
肖)村民的女儿。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：罗身份证号：

患儿母亲：肖身份证号：

杨家村村民委会（盖章）：

联系电话：

日期：2024年5月28日



