

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: 2024358

申请日期: 2024年7月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	通		男	2024年11月			深圳市	
	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
	室间隔缺损 卵圆孔未闭		广州市科 大医院	2024-07-05 2022	70000			☐ 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			
	父亲	通	31	良好				
	母亲	男	22	良好				
1、抚养18岁以下儿童 ☒ 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 42000 元 3、固定资产: 1套房子; 1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								
申请救助理由(请详细描述): 应小孩子检查出先天性心脏病,我和小孩母亲都是残疾人,小孩一岁中,小孩身体不好,身体很弱,也有残疾,小孩在家中吃饭,小孩母亲在家中带小孩,母亲身体不好,可以说是在家,说话不清楚,生活中不能正常沟通,平时小孩妈妈也帮忙带小孩,小孩父亲在本县内打工,维持家庭生计,现在查出小孩有先天性心脏病,费用比较大,没有办法,特别困难,所以申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 通 2024年7月8日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 手术治疗, 费用约 70000 元							
	医师签名: 李以明 年 月 日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 壹万伍仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 谢少波 2024年7月12日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛媛) 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 易媛媛 2024年7月15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: 汪	性别: 男	年龄: 3
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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为汪 的治疗费用。

受助人 (监护人): 汪

电 话:

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7月16日



疾病诊断证明书

姓名: 汪

性别: 男

年龄: 3岁

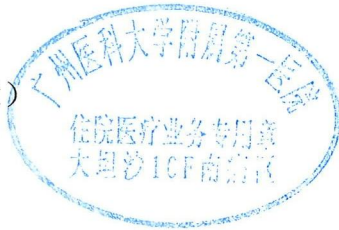
住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- *1. 先天性心脏病
- 2. 室间隔缺损 (膜周部)
- 3. 卵圆孔未闭

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2024年7月11日



证明

兹有我乡 [REDACTED] 小组村民汪 [REDACTED] 男, 4 岁, 身份证号: [REDACTED] 是我乡农村居民最低生活保障家庭成员。

汪 [REDACTED] 男, 31 岁, 身份证号: [REDACTED] 汪 [REDACTED] 父亲, 是我乡最低生活保障成员。

低保证号: [REDACTED]

特此证明

尖山乡社会保障服务中心

经办人: 邱 [REDACTED]

联系方式: [REDACTED]

2024 年 6 月 5 日

