

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: 2024372

申请日期: 2024 年 7 月 15 日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	莫	男	2023年10月11			广东	
	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	2024年7月4日	83			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报 销比例	☒ 新农合 45 %	☐ 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</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 莫	37	健康		
	母亲 许	41	健康		

申请救助理由(请详细描述)	家中只有本人外出打工,微薄的经济来源,爱人在家照顾年幼两个孩子及照顾常年吃药生病老人,家里经济压力非常沉重。现又遇上幼子检出先天性心脏病急需救治!无法承担全部治疗费用!希望得到爱心人士的帮助与支持!我们全家感恩您的帮助!日后家庭好本人保证上述情况完全真实。我也会尽力去帮助需要援助病人! 申请人签名: 莫 2024 年 7 月 15 日
---------------	--

医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 室间隔缺损, 房间隔缺损, 房颤综合征, 需手术治疗, 费用约 8 万元。
	医师签名: 2024 年 7 月 15 日
医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 13 元 (大写: 壹万零仟元佰元拾元零分)
	负责人签名: 2024 年 7 月 16 日

广东公益恤孤助学促进会意见:	(易娱公益)
同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五万 仟 佰 拾 元 角 分)	
负责人签名: 2024 年 7 月 22 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: 莫 性别: 男 年龄: 9个月
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), 将作为莫 的治疗费用。

受助人 (监护人): 莫

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: 138 2227 9353

日 期: 2024年7月23日



疾病诊断证明书

姓名：莫禹

性别：男

年龄：8月24天

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
- 2. 房间隔缺损
- 3. 肺动脉高压重度
- 4. 上呼吸道感染
- 5. 唐氏综合征[先天愚型]?

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2024年7月16日



家庭情况说明

兹有我村委会 [] 莫 [] 男，汉族，身份证号码：

[] 家庭人口 6 人，其父母亲年老，无劳力，长期
需要吃药，身体情况差，配偶许 []，女，壮族，身份证号码：

[] 在家带 2 个小孩和照顾老人，其长子莫 [] 在
校读四年级，二子莫 [] 男，汉族，身份证号码：

现在生病，需要住院做手术。莫 [] 人在外务工，家庭人口多，劳
力少。

情况属实。

武壘镇四围村民委员会

2024 年 6 月 18 日



