

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: 2024370

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	
	龙	女	2022.04			贵州省黔东南州	
	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	2024.7.15	90000元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 60 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 74310.12 元 3、固定资产: 1套房子; 0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
	父亲 龙	44	健康		
	母亲 黄	42	健康		

申请救助理由(请详细描述)	申请人的大女儿龙 在读 学院读大三, 每年学费6000元, 生活费13500元; 二女儿龙 在 幼中班就读, 每学期学费1850元; 赡养父母月支付生活费等2000元; 龙 出生才4.2斤, 在各级医院均确诊为唐氏综合症, 每年3个月的时间都要住院或买药吃, 2022年支付医院费用19995.33元, 长年喂营养奶粉15000元, 仅靠患儿父亲月工资6192.51元支付各种开支。因治疗费用高, 家庭收入低, 难以承担患儿后期全部医疗费用, 现特向广东公益恤孤助学促进会申请为患儿治疗出生缺陷疾病提供经济的爱心资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年 7月15日
---------------	--

医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用):	2个断: 卵脉与管子通, 治疗费用约9万元
	医师签名:	唐2024年 7月15日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元(大写: 万 伍 仟 零 拾 元 零 角 零 分)
	负责人签名:	2024年 7月19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: 万 伍 仟 零 拾 元 零 角 零 分)

负责人签名: 易娱

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: 龙 性别: 女 年龄: 2岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学第一附属医院

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), 将作为龙 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄
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23日



疾病诊断证明书

姓名: 龙

性别: 女

年龄: 2 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. 动脉导管未闭
- 2. 室间隔缺损
- 3. 肺动脉高压
- 4. 唐氏综合征[先天愚型]

此证

主诊科 (盖章)



主治医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2024 年 7 月 19 日

陆国梁

证 明

兹有贵州省黔西南州

常住村民黄 女，苗族，身份证号码：

患儿龙 ，女，苗族，身份证号码：

户主黄 家庭共 7 人（包括父母），无家庭收入，在家带两个孩子，照顾老人，没有收入，全靠丈夫月工资 6192.51 元维持生活及各种开支，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及电话号码：

蔡子刚

2024年6月24日



