

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: 2024371

申请日期: 2024年7月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	洪		女	2015.8.2			广东省湛江市	
	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
	先天性心脏病		广州市医科大学附属第一医院	2015.8.2	6万			☐ 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 3 名;			
	父亲 洪	29	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元			
	母亲 李	31	良好		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车			
申请救助理由(请详细描述)	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							
家庭人口5人,收入来源靠打工,劳动力人,爷爷年纪已大身体一直不舒服动了手术回来长期服药维持身体,小孩读小学三年级,自从有先天性心脏病,身体有时候感冒发烧,怎么吃不长身体看病吃药花费很大,入不敷出,欠外债100000元,还没有还清,更加无力支付小孩先天性心脏病手术治 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 洪 2024年7月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	诊断: 房间隔缺损, 动脉导管未闭, 治疗费用约6万元							
	医师签名: 李 2024年7月18日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥1000 元 (大写: 1 千 0 百 0 拾 0 元 0 角 0 分)								
负责人签名: 李 2024年7月18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: 5 万 0 千 0 百 0 拾 0 元 0 角 0 分)								
负责人签名: 李 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: 洪 [redacted] 性别: 女 年龄: 9
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), 将作为洪 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 洪 [redacted]

电 话: [redacted]

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 22 日



疾病诊断证明书

姓名: 洪

性别: 女

年龄: 8岁

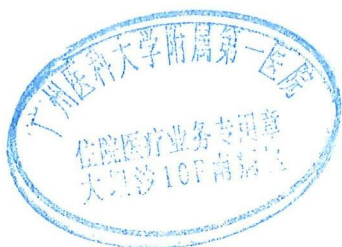
住院号: C

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. 动脉导管未闭
- 3. 房间隔缺损 膜部型
- 4. 肺动脉高压中度

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18日



广东省
湛江市

麻章区太平镇南夏村民委员会

证 明

兹有广东省湛江市 常住村民洪 男、汉、身份证号码： 患儿洪 女、汉族、身份证号码： 户主洪 男、汉族、身份证号码： ，家庭收来源于外出务工，家庭年收入 10000 元， 母亲、李 女、汉族、身份证号码： 在家带三个孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲洪 在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明



