

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: 2024373

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	男	2015.12.5		云南省昭通市		
	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	福医院	2021.8	6-8万			☐ 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产 房屋: 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 洪	34	良好		
	母亲 李	29	良好		

申请救助理由(请详细描述)	因家庭贫困无力给孩子医疗,家庭全靠父亲洪在外务工,母亲在家照顾3个小孩,父亲洪在外务工维持家庭困难,家中爷爷奶奶经常生病。 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, 手术费用约6万元。 医师签名: 2024年7月18日
	医院意见(盖章):	需两次手术 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 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: 一 万 五 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 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: 洪 [redacted] 性别: 男 年龄: 8
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): [redacted]
电 话: [redacted]
经办人: 周慧明
电 话: 13822279353
日 期: 2024年7月23日



疾病诊断证明书

姓名：洪

性别：男

年龄：8岁

住院号：

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

房间隔缺损

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：刘云奇*

医学科（盖章）

日期：2024年7月18日



证明

兹有云南省昭通市 [REDACTED]
组常住村民户主洪 [REDACTED]、性别：男、民族：汉族、身份证号码：
[REDACTED]，家庭收入来源于外出务工，家庭年收入
50000 元。患儿洪 [REDACTED] 性别：男、民族：汉族、身份证
号码：[REDACTED] 患儿母亲：李 [REDACTED]、性别：女、
民族：汉族、身份证号码：[REDACTED]，在家带三
个孩子，照顾老人，没有收入，全靠父亲洪 [REDACTED] 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。

刘清权：[REDACTED]
火德红社区居民委员会
2024年6月12日



