

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: 2024374

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		
	刘	男	2020年2月29日		广东省		
	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	2024.7.8	7万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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 1 名; (妈妈在怀孕.7个月) 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.5万 元 3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲 刘	30	健康		
	母亲 李	30	健康		

申请救助理由(请详细描述):
 家庭情况困难,父母身体不好,经常看病吃药,现孩子患有先天性心脏病,需高贵的治疗费,让原本困难的家庭雪上加霜,妻子在家待产,家中耕地少,刚刚够温饱,我在一家小公司工作,收入微薄,再加上孩子外公患有重病,欠债属好多钱,无形中给家庭增添了负担,生活陷入了危机,特申请救济补助金,帮助我们孩子治疗的费用,向我们伸出援助之手,恳请批准。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 2024年7月12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,药物治疗,费用约7万。 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 ¥ 5000 元 (大写: 五千元零角零分) 负责人签名: 2024年7月15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: 五千元零角零分)
 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: 刘 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁
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), 将作为刘 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年7月23日



疾病诊断证明书

姓名: 刘

性别: 男

年龄: 4岁

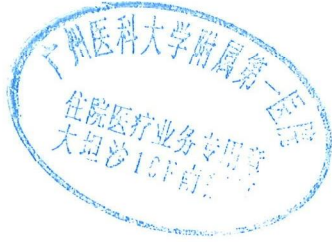
住院号:

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

- *1. 室间隔缺损
- 2. 卵圆孔未闭

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15日



证 明

0002051

兹有我

证明存档联：请妥善保存

徐闻县新寮镇南湾村民委员会

经办人：

年 月 日

证字

第

号

徐闻县新寮镇南湾村民委员会

证 明

0002051

兹有“车直”

村民刘

男汉族身份证号

，其子刘

男汉族身份证号

家庭经济收入来源于外出务工，家

庭年收入36000元，母亲李

女汉族身份证号

，在家带二个小孩并照顾

家庭老人，无工作没有收入，全靠父亲在外务工

无法维持生活，家庭收入比较低，生活困难，

情况属实。

此

徐闻县新寮镇南湾村民委员会

陈增彪

2024年7月5日



