

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: 2024423

申请日期: 2024年8月2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谢	女	2022.4.27			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	广州医科大学附属第一医院	2022.4.27	83			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	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	

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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 8000 元 3、固定资产: 0 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 谢	41	残疾		
	母亲 王	42	健康		

申请救助理由(请详细描述)	家庭成员8口人,和爷爷奶奶一起生活,老公是二级残疾,靠低保收入维持基本生活,不够开支,四个子女还幼小,生活困难,最小孩子患有先天性心脏病,申请资助,非常感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2024年8月2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,需手术治疗,费用约8万元。
	医师签名:	陆 2024年8月2日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 伍仟元整)
	负责人签名:	谢 2024年8月7日

广东公益恤孤助学促进会意见:	(易晓红) 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 易晓红 2024年8月12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: 谢 [模糊] 性别: 女 年龄: 2
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为谢 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年8月13日



疾病诊断证明书

姓名：谢

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. 室间隔缺损
- 2. 房间隔缺损

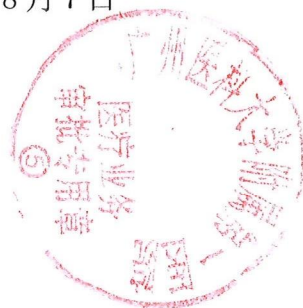
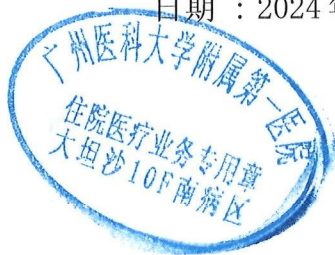
此证

主诊科（盖章）

主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2024年8月7日







核发单位

遂溪县民政局

发证日期

2023年7月4日

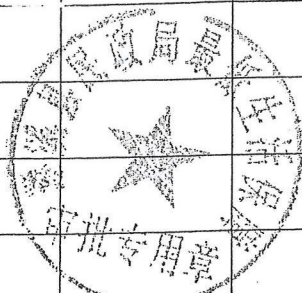
户主姓名

谢

身份证号

低保证编号

户主姓名	谢	性别	男
出生年月	1983年10月	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	6
居住地址	广东省		
户籍地址	广东省		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	王	配偶	
	谢	子	
	谢	女	
	谢	女	

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
有效期至:		
		
2024年 12月 31日		

