

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:

2024441

申请日期:

2024年8月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱	女	2022-3-27			云南昭通市	
	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	广州医科大学附属第一医院	2022-3-27	7万			☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5万</u> 元 3、固定资产 <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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	29	☒		
	母亲	25	☒		

申请救助理由(请详细描述):

因诊断先天性心脏病需手术 ~~手术费高昂~~ 因费用太高
 由于我父亲生病 因呼吸困难诊断肺气胸不能劳累 而母亲因在老家照顾两个小孩没有收入来源,我和老公两个人在外打工补贴家用,我们两人由于工资不太高所以只能维持家用 所以这次手术费用对于我们困难家庭有太高
 承受不了 希望贵处给予救助
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 邓 2024年8月16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 费用约7万零元
	医师签名:	郭大金 2024年8月16日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)
	负责人签名:	2024年8月16日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易斌公意)

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)

负责人签名: 马晓红 2024年8月21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: 朱[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

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), 将作为朱[模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [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21日



住院诊断证明

姓名: 朱 性别: 女 年龄: 2 岁 住院号:

地址: 云南省昭通市

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2024 年 8 月 14 日 出院日期:

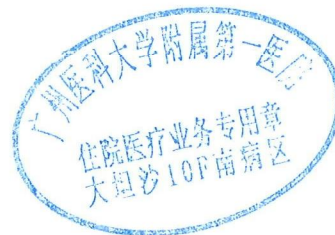
诊断: *1. 室间隔缺损

2. 房间隔缺损

建议及注意事项: 手术治疗

医师签名: 郭大鑫

签章:



日期: 2024 年 8 月 16 日

家庭情况说明

患有出生缺陷（包括先心病）患儿朱，性别女，
年龄2岁，是云南省(区、市)昭通市(州)大关县
() 乡(镇)(街道) 村民小组(居
委会)，(父亲朱，母亲邓)村民(居民)的儿子/女
子。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费
用。

患儿父亲：朱，身份证号：

患儿母亲：邓，身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：大关县大关镇大关社区居委会

经办人及联系电话：刘泽强

______盖章：_____

经办人及联系电话：_____

____年____月____日



2024/08/21 18:01