

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: 2024456

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	
	李		男	2019.03.06			广东湛江	
	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	2019.03.06	8000			☐ 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 1 名;			
	父亲 李	26	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 100000 元			
	母亲 张	27	良好		3、固定资产: 自住 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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			
小孩患有先天性心脏病,患儿父母均为工薪阶层,爷爷奶奶年事已高,身体欠佳,没有工作,小孩靠奶奶照顾,家庭收入靠患儿父母外出打工微薄收入,既要赡养老人,也要赡养小孩,自建房还欠债20000没有还清,更加无力支付患儿先心病手术治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2024年 8月 16日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 室间隔缺损 2. 肺动脉高压 费用: 80000元							
	医师签名: 刘云				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 拾 元 零 角 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: (易晓公意) 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 一 万 五 仟 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 马晓华 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: 李 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 5
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), 将作为李 [REDACTED] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [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: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 8 月 22 日

疾病诊断证明书

姓名: 李

性别: 男

年龄: 5 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. 肺动脉高压

此证

主诊科 (盖章)

主诊医师: 刘云奇*

医务科 (盖章)

日期: 2024 年 8 月 16 日



证 明

兹有我村委会 号村民李 男，汉族，身份证号码： ；患儿：李 男，汉族，身份证号码： 妻子张 女，汉族，身份证号码： 户主（爷爷李 男，汉族，身份证号码： ）。家庭收入来源于李 夫妻两人的外出务工，家庭年收入 100000 元，仅能够维持基本生活。家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！

经办人： 杨小全

联系电话：

吴川市长岐镇黎屋村民委员会

2024 年 6 月 24 日



