

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: 2024470

申请日期: 2024年08月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	20年6月			广东省汕头市	
	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
	单心室		广州妇女儿童珠江新城院区	2020.6	15万			☐ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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			
	父亲	林	42	残疾				
	母亲	黄	45	健康				
申请救助理由(请详细描述)	我们是汕头市。家里有两位60岁老人，爷爷60岁奶奶62岁是一位耳聋残疾人，爸爸是一名眼科残疾人，妈妈黄是一名护士。收入微薄，我林一出生就患有先天性心脏病，这四年来花费了家里的一切存款，这是我第3次来广州做手术了，第1次手术就花了12万多，第2次手术也花了十几万这次手术估计要十五万多。因家庭收入低，难以承受医药费。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2024年08月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	单心室，肺动脉狭窄，需12-15万							
	医师签名: 林 2024年8月15日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥2000 元(大写: 贰仟元)								
负责人签名: 何瑞雯 慈善基金审批专用章 2024年8月16日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥10,000.00 元(大写: 壹万仟元)								
负责人签名: 马晓红 2024年8月26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

病童姓名: 林 [redacted] 性别: 男 年龄: 4

病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心, 珠江新城院区

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), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [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27日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 林 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 心血管病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 左心发育不全综合征大动脉调转术后, 肺动脉环缩术后, 格林术后 2. 右心室双出口 3. 室间隔缺损 4. 房间隔缺损开胸术后 5. 先天性体肺动脉侧枝循环 6. 主动脉缩窄矫治术后 7. 动脉导管未闭切断缝合术后

医嘱及建议: 该患儿于2024. 08. 06至今在我院珠江新城院区心血管病区住院治疗。

医师签名: 李用晋 / 张远鉴

日期: 2024年08月12日 12:00:00



注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



核发单位: 汕头市潮南区民政局

发证日期: 2022年4月

户主姓名: 林

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	林	性别	男
出生年月	1959年12月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5
居住 地址			
户籍 地址			
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	钟	妻子	
	林	儿子	
	林	孙女	
	林	孙子	
	0	0	
0	0		

家庭成员照片

核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

