

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: 2024471

申请日期: 2024年8月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		女	2020.4.			广西	
	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		广州妇女儿童医疗中心	2021.2	70万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60-80%	☐ 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 1 名;		
	父亲	邓	39	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 52000 元		
	母亲	林	38	一般		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		因为家庭情况比较困难,难以支付费用高达70万,实在难以拿出来,所以才申请求助。						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林		2024年8月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		如上, 目前保守治疗, 预后良好。					
	医师签名:		[Signature]					
	医院意见(盖章):		[Red Seal: 广州市妇女儿童医疗中心]					
建议给予医疗救助金 ¥ 20000 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)		负责人签名: 何诗雯 2024年8月20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 佰 拾 元 角 分)								
负责人签名: [Signature] 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 性别: 女 年龄: 4
病种: 扩张型心肌病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话:

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 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: 女 年龄: 4岁 科别: 心血管病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 扩张型心肌病 2. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 3. 二尖瓣关闭不全(重度) 4. 三尖瓣关闭不全(轻度) 5. 呼吸道感染(衣原体)

医嘱及建议: 患儿于2024-07-15至2024-07-24于我院心血管病区住院治疗。

医师签名: 李月香 // 邓淑昱 日期: 2024年07月24日 09:00:00

- 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。



证明

兹证明 林 (身份证号码: ,
家庭住址: 广西省),
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2020年06月01日

该证明开具日期为2024年08月14日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	林		08月	2020年06月01日
2	林		08月	2020年06月01日
3	邓		08月	2022年08月01日



