

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: 2024485

申请日期: 2024年7月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	陈		女	2018.5.19			广东省汕头市澄海区		
	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	
	动脉导管未闭		南部医院	2019.1	3万			☐ 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 2 名;				
	父亲	陈	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 170 元			
	母亲	黄	33	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 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				
申请救助理由(请详细描述)	本人黄在家照顾小孩及家务,丈夫陈打工,3个子女均年幼,且陈患先天性心脏病,动脉导管未闭,大姑子陈在外务工,婆婆陈年老体弱,无劳动能力,现因家中医疗费用支出较多导致生活困难,无能力承担治疗费用 本人保证上述情况完全真实。黄 申请人签名: 黄 2024年7月29日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损,动脉导管未闭,需行体外循环手术,预估手术费用3万2								
	医师签名: 罗				2024年8月27日				
	医院意见(盖章):								
	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元(大写: 伍仟 佰 拾 元 角 分)								
负责人签名: 罗 2024年8月27日									
广东公益恤孤助学促进会意见:									
同意救助 ¥ 5000.00 元(大写: 伍仟 佰 拾 元 角 分)									
负责人签名: 高 2024年9月2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: 陈姓 性别: 女 年龄: 6
病种: 动脉导管未闭 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

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），将作为陈姓的治疗费用。

受助人（监护人）: 黄姓
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9月3日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陈 科室: 心胸外科心外病区 床号: 65 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 陈 出生日期: 2018-05-19 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号: 65

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-08-28

病情摘要: 检查发现心脏杂音2年余。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 动脉导管未闭 1.2 心功能II级

医生意见: 继续住院手术治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余剑 手签
2024-08-28
南部战区总医院
(诊断专用章)



汕头市 潮阳区关埠镇东湖村民委员会

证 明

兹有我村村民陈仁，男，1986年10月11日出生，身份证号码，该员在本村打工。其妻子黄在家照顾小孩及务家。其母亲陈年老体弱，无劳动能力。其姐陈在外务工。其3个子女陈、陈海、陈均年幼，且陈患先天性心脏病。家庭经济收入较低，现因家中医疗费用支出较多导致生活困难，无能力承担治疗费用。

特此证明



