

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: 2024486

申请日期: 2024年8月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2020.11.26			云南	
	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		广东省广州市天河区儿童医院	出生	911			☐ 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 4 名;			
	王	36	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 36000 元			
	吴	28	残疾		3、固定资产: ☐ 套房子; ☐ 辆摩托车; ☐ 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)	因王查出先天性心脏病,现急需做手术,家里共6人,有4个小孩,妻子在家照顾,照顾生病的孩子,靠父亲在县城内打零工维持基本生活,家庭收入低,生活困难,希望能得到救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2024年8月24日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 主动脉瓣狭窄, 主动脉瓣发育不良, 威廉姆斯综合征, 需手术治疗, 费用约9万元。 医师签名: 陈 2024年8月26日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟元 拾元 角 分) 住院医疗业务专用章 负责人签名: 2024年8月26日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易媛益) 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 王	性别: 男	年龄: 3岁
病种: 主动脉瓣狭窄	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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年09月03日



疾病诊断证明书

姓名: 王

性别: 男

年龄: 3 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. 主动脉瓣狭窄
- 2. 先天性升主动脉发育不良
- 3. 威廉综合征[Williams 综合征]

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2024 年 8 月 26 日



证 明

兹有我村村民王 [REDACTED]，男，汉族，身份证号：
[REDACTED]。居住地址：贵州省毕节市赫章县古基镇
[REDACTED]，系我村最低生活保障（低保户）人员。

特此证明

古基镇中寨村村民委员会

2024年8月19日



