

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: 2024089

申请日期: 2024年8月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	赵		女	2023.9.9			贵州	
	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	2023.12.25	8万			☐ 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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			
	父亲 赵	32	正常					
	母亲 马	27	残疾					
申请救助理由(请详细描述)	患儿因早产住院已欠下外债, 现又做心脏手术, 费用较高, 家庭经济困难, 已力不从心, 故申请救助。 患儿母亲没有劳动能力, 患儿父亲一人要养活全家六口, 所以家庭经济非常困难, 故申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 赵 2024年8月28日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 先天性心脏病, 肺炎, 需手术治疗, 需费用8万元。 医师签名: 2024年8月29日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 一万元) (拾元拾角五分) 负责人签名: 2024年8月29日							
广东公益恤孤助学促进会意见: (易保公值) 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元) (拾元拾角五分) 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: 赵	性别: 女	年龄: 1岁
病种: 房间隔缺损	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), 将作为赵 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯

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: 2024年9月5日

疾病诊断证明书

姓名：赵

性别：女

年龄：11月9天

住院号：0

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

房间隔缺损(继发孔型)

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



困难证明

兹有本村村民冯 女，黎族，身份证： 该村民为智障人士，患有高血压并发症，个人生活需他人照理，并且家里老母亲患有精神病，全家人生活仅靠其丈夫一边照顾家人，一边打零工维持，家庭年收入约2万元，家庭生活十分困难。

特此证明



