

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: 2024490

申请日期: 2024 年 9 月 4 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曹	女	2024年1月2号			广东省信宜市	
	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
	先天性心脏病 室间隔缺损	广州医科大学附属第一医院 (大坦沙院区)	2024.7.11	6万			☐ 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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>45000</u> 元 3、固定资产 <u>两套房子</u> ; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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 曹	30	良好		
	母亲 王	33	良好		

申请救助理由(请详细描述)

孩子母亲在家带娃,孩子父亲在外做散工,2016年孩子奶奶因切除子宫手术花费4-5万(手术+康复约半年时间),手术后工作不便,孩子爷爷也经常因腰间盘突出腰痛花费治疗,导致工作不便,孩子爷爷奶奶只能种点蔬菜自己煮饭维持生活,家中上有老下有小,积蓄早已见底,面对此,经济压力大,几经周转,现向贵基金会求助,谢谢!

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 曹 2024 年 9 月 4 日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 室间隔缺损, 手术, 费用约6万元。 医师签名: 2024 年 9 月 4 日
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: <u>壹万</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 2024 年 9 月 4 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易媛公意)

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五 千 零 元 零 角 零 分)

负责人签名: 2024 年 9 月 9 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: 曹 [redacted] 性别: 女 年龄: 8个月
病种: 先天性心脏病(室间隔缺损) 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院(大坦沙院区)

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), 将作为曹 [redacted] 的治疗费用。

受助人(监护人): 曹 [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9月10日



疾病诊断证明书

姓名: 曹

性别: 女

年龄: 7月18天

住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: *1. 室间隔缺损

*2. 肺炎

此证

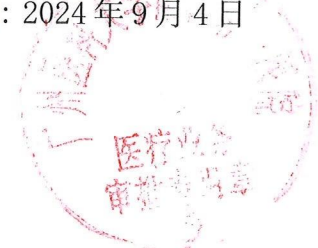
主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2024年9月4日



证明

兹有本村委会 村民小组村民：曹 女，身份证号码： 其父亲曹 ，男，身份证号码： ，在外打散工，工作不稳定；母亲王 身份证号码： 在家务农，经济收入少，经走访 村民，所知曹 和王 的年收放入约为四万五元左右。家庭经济压力大，生活困难。

特此证明

经办人：黄 生

联系电话： 0000

信宜市贵子镇平民村村民委员会

2024年7月17日



