

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: 202409 | 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		
	陈	男	2022.11.5		广西贺州市		
	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	广州医科大学附属第一医院	2024.8.22.7	6万			☐ 是 ☒ 否
	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					残疾类型和级别:

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) 40000 元 3、固定资产: 1 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 陈	41	良好		
	母亲 廖	37	良好		

申请救助理由 (请详细描述):

我叫陈, 广西贺州市人。家庭人口 6 人, 劳力 2 人。父亲陈, 现年 69 岁有高血压, 长期吃药。母亲吴, 66 岁, 身患腰肾增生及肝肺病。妻子在家务农照顾年幼儿女及父母。本来家庭收入低, 全靠我本人外出打散工来维持家庭生活。日常开支, 如今加上儿子患有心脏病, 本来家庭困难的, 现在更加上治疗费用较高, 难以承担, 患儿全部医疗费用特现向本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 陈 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, 需手术治疗, 费用约 6 万元
	医师签名: 张 2024 年 9 月 4 日
医院意见 (盖章):	住院医疗业务专用章
建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元 (大写: 壹万 贰仟 贰佰 贰拾 伍 元 叁 角 叁 分)	负责人签名: 2024 年 9 月 5 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易斌) 同意救助 ¥ 5000.00 元 (大写: 一 万 五 仟 元 角 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:	陈	性别:	男	年龄:	1岁8个月
病种:	先天性心脏病	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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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:

日 期: 2024年9月10日



疾病诊断证明书

陈

性别: 男

年龄: 1 岁

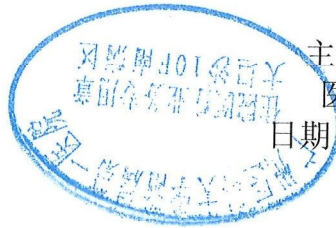
住院号:

我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:
诊断: 室间隔缺损



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

贺州市八步区仁义镇樟塘村民委员会

证明

兹有广西省贺州市，
组常住村民：陈 [] 男，汉族，身份证号码：
[] 惠儿：陈 [] 男，汉族，
身份证号码：[]。家庭收入来
源于外出务工，家庭年收入 4000 元。父亲陈
[]，男：汉族，身份证号码：[]
母亲：吴 []，女，汉族，身份证号码：
[]，父亲患有高血压，母亲有腰骨增
生及肝肺病，均靠长期吃药，妻子：廖
女，汉族，身份证号码：[]，在
家务农，照顾老人及小孩，没有收入，全靠其陈
[] 外出务工维持生活，家庭收入低，生活困难，
情况属实。

特此证明。

樟塘村民委员会

2024. 8. 12

陈 []

102013396

年 月 日

第 页

