

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: 2024496

申请日期: 2024 年 9 月 5 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		女	2024.1.21			广东省广州市	
	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	2024.1.21	83			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 ____ %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 ____ %	<input type="checkbox"/> 商业保险 ____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 ____ %	<input type="checkbox"/> 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>3</u> 名;			
	父亲 刘	33	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>24000</u> 元			
	母亲 李	30	正常		3、固定资产： <u>两套房子</u> ； <u>无</u> 辆摩托车； <u>无</u> 辆小车 4、家庭困难类型： <u>农村低保</u> <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明； <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明； <input type="checkbox"/> 困境儿童证明； <input type="checkbox"/> 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）	<p>家庭人口 7 人，劳动力 1 人，收入来源靠打工，爷爷年老体弱多病，大的孩子 9 月份一年级，第 2 个小学幼儿园在怪，小孩子有先天性心脏病，经常感冒发烧，家里老人看病吃药花费很大，收入有限入不敷出，无力支付小孩先天性心脏病全部治疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：刘 2024 年 9 月 4 日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断：室间隔缺损，动脉导管未闭，需手术治疗，费用约 8 万。 医师签名：张 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 5 日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元（大写： <u>五</u> 千 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 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: 刘 [redacted] 性别: 女 年龄: 7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), 将作为刘 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月11日



疾病诊断证明书

姓名: 刘 [redacted] 性别: 女 年龄: 7月15天 住院号 [redacted]

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 膜周部
- 2. 动脉导管未闭

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5日



证明

兹有我社区居民刘[]，男，身份证号码：
[] 户籍地址：[]
号，女儿刘[]女，身份证号码：[]
患有先天心脏病，户主刘[]，男，身份证号码：
[] 无业在家养病，妻子李[]，女，身
份证号码：[] 无业在家带三个小孩，家
庭靠刘[]工维持生活，全家年收入大概 24000 元，家庭
收入低，生活困难。

特此证明

刘[]

陆丰市甲子镇城西社区居民委员会

2024年8月8日



