

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: 2024504

申请日期: 2024年9月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓	男	2021年10月24日			广东连州	
	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	广东省广州市医科大学附属第一医院	出生	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	50%			☐ 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) 9000 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 邓	56	健康		
	母亲 邓	39	残疾		

申请救助理由(请详细描述)	家庭人口3人劳动力1人,收入来源靠打零工,妻子在家带孩子。 小孩子有先天性心脏病,经常感冒发烧看病吃药花费很大入不敷出无力支付小孩心脏病治疗费用(妻子邓 残疾人2级) 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓 2024年9月9日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗(费用)	新生儿间隔喉部痛 费用600,000元
	医师签名:	刘云奇 2024年9月9日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)
	负责人签名:	谢树权 2024年9月9日

广东公益恤孤助学促进会意见:	(盖章)
同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟元)	
负责人签名: 姜晓红	2024年9月23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: 邓 [模糊] 性别: 男 年龄: 2
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广州医科大学附属医院

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 邓 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年 9月 24日



疾病诊断证明书

姓名：邓

性别：男

年龄：2岁

住院号：

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

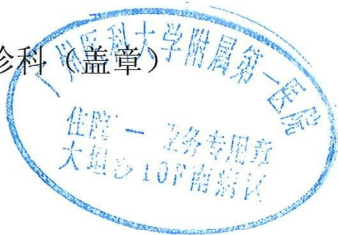
诊断：室间隔膜部瘤

2024年9月9日 行经胸室间隔缺损闭式封堵术



此证

主诊科(盖章)



主诊医师：刘云奇*

医务科(盖章)

日期：2024年9月9日

证明

兹证明邓[REDACTED]，男，身份号码：[REDACTED]

系我[REDACTED]村民。其妻子邓[REDACTED]女，身份证号码：[REDACTED]患有精神残疾，儿子邓[REDACTED]

男，身份证号码：[REDACTED]患有先天心脏疾病。

邓[REDACTED]因需照顾妻儿，现无稳定工作，靠打散工维持家庭开支，生活确实困难。

特此证明

良塘村委会

2024年8月29日



