

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: 2024508

申请日期: 2024年 9 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2024.4.01			
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	先天性心脏病		中山大学附属第一医院	2024.5.30	16万		
	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>4</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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	29	健康				
申请救助理由（请详细描述）	母亲	29	健康		我是陈的父亲，因本人家庭农村，收入微薄，只有我一人打工补贴家用。现有四名孩子抚养，二子患有先天性心脏病，现孩子突发哮喘的先心病，亟需手术。医疗费用巨大，陈已经耗尽积蓄，现陈即将进行手术，的确无力承担巨大医疗费用。现向广东公益恤孤助学促进会申请救助，在此真诚的感谢广东公益恤孤助学促进会以及医院和医院工作人员。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年 9 月 13 日		
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊“先天性心脏病：室间隔缺损”，需行手术治疗，预计费用 8-10 万元。						
	医师签名: 张德松 2024年 9 月 13 日						
	医院意见（盖章）: 情况属实，请予救助。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 圆 正） 负责人签名: 蔡国新 2024年 9 月 13 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万 仟 圆 正） 负责人签名: 李国新 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

病童姓名: 陈	性别: 女	年龄: 5岁
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 中山大学附属第一医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），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: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月23日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 陈

科别: 心儿科及结构心病区 床号:

住院号:

住院患者情况说明

姓名: 陈 性别: 女 年龄: 5个月科别: 心儿科及结构床号:

住院号:

目前诊断: 肺炎

室间隔缺损(膜周部)

肺动脉高压(中度)

二尖瓣关闭不全(轻度)

主动脉瓣关闭不全(局限)

卵圆孔未闭

心功能 I 级

入院情况及诊疗经过: 患儿既往在我院确诊先天性心脏病: 室间隔缺损(膜周部), 现合并肺部感染, 需控制感染后行手术治疗。



医师签名: 书慧
2024年09月13日

户主姓名	陈		性别	男性
出生年月	1995-06-14		民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码			家庭 人口	6
居住 地址	广东省			
户籍 地址	广东省揭阳市			
低保资金 发放账号				
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入	
	陈	本人	2490	
	陈	配偶	0	
	陈	子	0	
	陈	子	0	
	陈	女	0	

陈 女 0



核发单位: 惠来县民政局

发证日期: 2024-05-05

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:

