

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: 2024567

申请日期: 2024年10月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	张	女	2023年6月		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
	1.室间隔缺损 2.卵圆孔未闭	广州医科大学附属第一医院	2024年9月23日	10万元			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40%	<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	疾病类型和级别:	

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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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
	父亲	张	42岁	健康	
母亲	张	35岁	健康		

申请救助理由(请详细描述):

本人家庭收入来源于村居收入,年收入约6万元。本人无业,在家带3个小孩,大女儿张 就读一年级,二女儿张 为特生的,三孩和二孩均为早产儿,全靠张 微薄收入,家庭收入低,生活困难,情况属实。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 张 2024年10月16日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):
	诊断: 室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 需手术治疗, 费用约8万元。
	医师签名: 张 2024年10月16日
	医院意见(盖章):
	建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: 壹万零叁佰叁拾元零角零分)
	负责人签名: 张 2024年10月16日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元零角零分)

负责人签名: 易媛 2024年10月21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: 张	性别: 女	年龄: 1岁3个月
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学第一附属医院(大坪院区)	

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), 将作为张 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: 13822279353

日 期: 2024年10月23日



疾病诊断证明书


姓名: 张 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁 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
2. 卵圆孔未闭
3. 甲状腺功能减退症
4. 颅缝早闭
5. 小头畸形
6. 生长发育迟缓



此证
主诊科 (盖章)

主诊医师: 陆国梁 
医务科 (盖章)

日期: 2024年10月16日

证 明

兹有广东省茂名市化州 [REDACTED] 村
民张 [REDACTED]，男，汉族，身份证号码： [REDACTED]；
患儿张 [REDACTED]，女，汉族，身份证号码： [REDACTED]；
户主陈 [REDACTED]，女，汉族，身份证号码： [REDACTED]；
家庭收入源于村医收入，家庭年收入 6 万元。妻陈 [REDACTED] 无业，
在家带三个小孩，大女儿张 [REDACTED] 读一年级，二女儿张 [REDACTED] 和
张 [REDACTED] 为孖生的，也要照顾老人，没有收入，全家靠张 [REDACTED]
的收入，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

化州市中垌镇青山村民委员会

2024 年 10 月 3 日

老 [REDACTED]

