

## 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:

2024602

申请日期: 2024 年 10 月 23 日

|               |                                                                                                                 |                                           |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |       |                                                                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料          | 姓名                                                                                                              |                                           | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                        |                            | 户籍所在地 |                                                                              |
|               | 冉                                                                                                               |                                           | 男                               | 2021.04.22                      |                                                                                                                                                                              |                            | 贵州省   |                                                                              |
|               | 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                                                                                                          |                                           | 中山大学附属第一医院                      | 2021.06.10                      | 90000                                                                                                                                                                        |                            |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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>2</u> 名;                                                                                                                                                    |                            |       |                                                                              |
|               | 父亲 冉                                                                                                            | 31                                        | 正常                              |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元                                                                                                                                               |                            |       |                                                                              |
|               | 母亲 刘                                                                                                            | 29                                        | 正常                              |                                 | 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:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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>因家庭条件困难, 工作收入不稳定, 无力支付高额手术费, 特此申请。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 冉 2024 年 10 月 23 日</p>                    |                                           |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |       |                                                                              |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为“先天性心脏病”, 明确, 需行外科手术治疗, 预估总费用约 9 万元。</p> <p>医师签名: 何 2024 年 10 月 25 日</p>                   |                                           |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |       |                                                                              |
|               | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元(大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u>)</p> <p>负责人签名: 黄 2024 年 10 月 28 日</p>    |                                           |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |       |                                                                              |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>10,000.00</u> 元(大写: <u>壹万</u> 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 高 2024 年 11 月 4 日</p> |                                           |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |                            |       |                                                                              |



# 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: | 周其明    | 性别:   | 男          | 年龄: | 3 |
| 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），将作为周其明的治疗费用。

受助人（监护人）: 周其明

电 话: 13822279353

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: 周其明

电 话: 13822279353

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年11月5日



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

姓名：冉

科别：心儿科及结构心病区 床号：011

住院号：

### 住院患者情况说明

姓名：冉 性别：男 年龄：3岁6 科别：心儿科及结构 床号：011 住院号：

目前诊断：室间隔缺损(膜周部)

卵圆孔未闭

语言发育迟缓

入院情况及诊疗经过：患儿入院后完善相关检查，于2024-10-30行“室间隔缺损修补术+体外循环辅助开放性心脏手术”，目前仍在术后康复治疗。

医师签名：

何

2024年11月04日

疾病诊断专用章

## 证 明

兹有贵州省 [REDACTED] 联丰组村民冉 [REDACTED]，男，身份证号码：[REDACTED]，因被查出患有先天性心脏病，现在广州中山大学附属第一医院接受治疗，其属于我村建档立卡脱贫户（户编号：[REDACTED]），该户家庭经济困难，难以承担高额的治疗费用，恳请有关部门和单位给予经济上的爱心资助，帮助其度过难关。

患儿父亲：冉 [REDACTED]，身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：刘 [REDACTED]，身份证号：[REDACTED]

情况属实，特此证明



