

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: 2024643

申请日期: 2024 年 11 月 20 日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴	男	2020年1月17日			贵州省关	
	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	广州医科大学附属第一医院	2024年11月13日	6万元			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:

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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产: 0 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 吴	29	健康		
	母亲 吴	25	健康		

申请救助理由 (请详细描述):

本人是患儿的爸爸, 由于患先天性心脏病, 经常感冒发烧, 有病家庭人口6人, 花费大, 爷爷在家务农, 两个孩子需要奶奶跟妈妈照顾, 没有收入, 主要收入来源靠爸爸在外打工, 收入低, 经济困难, 无法支付高昂的医疗费。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 吴 2024 年 11 月 20 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, 需手术费用约6万元。
	医师签名: 2024 年 11 月 21 日
医院意见 (盖章):	住院医疗业务专用章 大坦沙10F南病区
建议给予医疗救助金 ¥ 1 万 元 (大写: 壹 万 元 正)	负责人签名: 2024 年 11 月 21 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

(易媛公)

同意救助 ¥ 5000.00 元 (大写: 五 千 元 正)

负责人签名: 2024 年 11 月 25 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:	吴元	性别:	男	年龄:	4岁
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), 将作为吴元的医疗费用。

受助人 (监护人): 吴元

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [Signature]

电 话: [Signature]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年11月26日



疾病诊断证明书

姓名: 吴

性别: 男

年龄: 4 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: 1. 先天性心脏病 室间隔缺损(膜周部) 卵圆孔未闭 肺动脉高压(重度)
2. 窦性心律 完全性右束支传导阻滞

此证

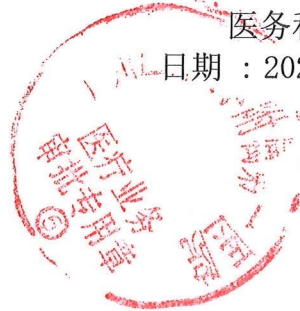
主诊科(盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科(盖章)

日期: 2024 年 11 月 21 日



证明

兹有贵州省安顺市[REDACTED]
号常住村民吴[REDACTED]，男：布依族，身份证号码：
[REDACTED] 患儿：吴[REDACTED]，男：布依族，身份证
号码：[REDACTED] 2.户主：吴[REDACTED]，男，布依族：身份
证号码：[REDACTED] 家庭收入来源于外出打工，家
庭年收入 40000 元。母亲：马[REDACTED]，身份证号码：
[REDACTED]，家庭收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！



关岭自治县龙潭街道



2020 年 11 月 5 日

