

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: 2024697

申请日期: 2024年12月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2016.06.04			贵州	
	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		广医一院	2017.1 2024.12.13	8万			☐ 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 50 %	☐ 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____名;		
	父亲	王	40	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 45000 元		
	母亲					3、固定资产: 0套房子; 1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		
申请救助理由(请详细描述): 本人王, 早年父母双亡, 于2016年与陈妻陈, 结婚育有一子姓名王, 后于2019年1月8日与陈妻陈, 离婚, 儿子由我一人抚养, 其前妻已与他人成家, 没有给予孩子生活费, 孩子由我一人独自抚养, 目前我的经济来源全靠我在东莞2市场上班累钱维持生活开销, 本人无房, 住的是以前欠东家单位临时住房无产权。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2024年12月19日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 动脉导管未闭, 治疗费用约8万元							
	医师签名: 李林 2024年12月19日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元(大写: 五千元整) (分) 角 分 负责人签名: 李林 2024年12月20日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5000 元(大写: 五千元整) (分) 角 分 负责人签名: 李林 2024年12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: 王[模糊] 性别: 男 年龄: 8岁
病种: 先天性室间隔缺损 先天性动脉导管未闭 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), 将作为王[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 王[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: 2014年12月24日



广州医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 王** 性别: 男 年龄: 8岁 住院号: **

地址: 贵州省黔西南布依族苗族自治州普安县贵州省黔西南布依族苗族自治州普

科室: 心脏大血管外科(大坦沙)

入院日期: 2024年12月13日

出院日期: 2024年12月20日

诊断: *1. 先天性心脏病

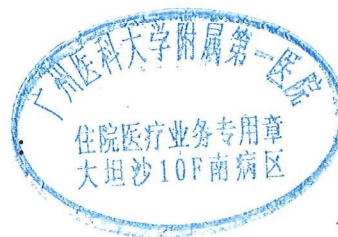
室间隔缺损

动脉导管未闭

建议及注意事项:

医师签名: 李汉钊

签章:



日期: 2024年12月20日

家庭情况说明

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿王，性别男，年龄3岁，是贵州省（区、市）黔西南市（州）兴义县（区）鲁镇（街道） 村委会（居委会），（父亲：王，母亲： ）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用。

患儿父亲：王 身份证号：

患儿母亲：_____身份证号：_____

情况属实，特此证明。

申请人: 王 (签字并按手指模)

单位盖章: 

单位经办人签字:   

单位经办人联系电话: _____

2024年. 12月. 19日



20床

20床

呼叫铃

床头灯

温馨提示
手机充电器
请勿充电

医

③

中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心