

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: 2025064

申请日期: 2025年1月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2017年1月15日			广东省陆丰市	
	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
	先天性心脏病、室间隔缺损		广州医科大学附属医院	2024.6.17	6万			☐ 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			
	父亲	陈	40	不健康				
	母亲	郑	32	健康				
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>35000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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								
申请救助理由(请详细描述): 兹有陆丰市城东街道 陈 男, 身份证号码 <u> </u> , 一家五口, 自己一人打零工, 年入3500元左右, 妻子在家带三个孩子, 没有收入, 全靠本人在外务工维持生活, 家庭收入低, 生活困难, 希望广东公益恤孤助学促进会救助, 谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年1月21日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 需手术治疗, 费用约6万元 医师签名: 陈 2025年1月21日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>1万</u> 元 (大写: <u>壹万</u> 元 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 2025年1月21日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元 (大写: <u>壹万</u> 元 整 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 角 <u>零</u> 分) 易暖琪 负责人签名: 2025年1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: 陈	性别: 男	年龄: 8
病种: 先天性心脏病 室间隔缺损	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 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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2025 年 1 月 23 日



疾病诊断证明书

姓名: 陈

性别: 男

年龄: 8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: 室间隔缺损

此证

主诊科 (盖章)



陆丰市城东街道水壩村民委员会

证 明

兹证明陆丰市城东街道[REDACTED]，男，身份证号码：[REDACTED] 该户在陆丰市城东街道[REDACTED]属于建档立卡贫困户，户编号：[REDACTED] 望贵处给予相关政策帮助为谢！

特此证明

[REDACTED]

陆丰市城东街道水壩村民委员会

2025年1月22日



40床

呼叫铃

床头灯

