

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: 2024156

申请日期: 2024年4月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2023.6.11			广东省汕头市潮阳区	
	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
	肺动脉闭锁+室间隔缺损		南部战区总医院	2024.4	10万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 <u>45%</u> <input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 商业保险 <u> </u> %	<input type="checkbox"/> 其他保险 <u> </u> %	<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>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>44000</u> 元 3、固定资产: <u>1</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 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	陈	32	健康				
母亲	吴	29	健康					
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人陈 是陈 的父亲在家打工,妻子吴 在家照顾小孩及务农,父亲陈 年老体弱,无劳动能力,女儿陈 , 均年幼,家庭收入少,现因陈 患先天性心脏病,无能力支付治疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年4月7日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为肺动脉闭锁+室间隔缺损,择期行体外循环手术,预估手术费10万+							
	医师签名: 张 2024年4月9日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: 伍仟元整) (大写: 年 万 百 拾 元 角 分) 负责人签名: 王 2024年4月9日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元 (大写: 伍仟元整) (大写: 万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 马 2024年4月15日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 10个月

病种: 先天性心脏病 治疗医院: 南部战区总医院

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), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

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4月16日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陈清 科室: 心胸外科心外病区 床号: 50 住院号: 7

诊断证明

姓名: 陈清 性别: 女 年龄: 0岁9月27天 ID号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-04-08

出院日期: 住院天数:

病情摘要: 患者因体检发现心脏杂音入院, 诊断为“室间隔缺损、肺动脉闭锁”, 拟行手术治疗

诊断: 室间隔缺损、肺动脉闭锁

医生意见: 拟行手术治疗



经治医师: 颜涛

2024-04-10, 10:33

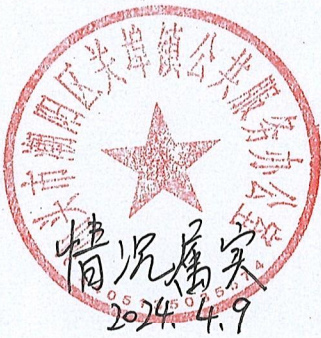
南部战区总医院

(诊断专用章)



证明

兹有我村村民陈[]，男，身份证号码[]在本村打零工;其妻子吴[]在家照顾小孩及务家;其父亲陈[]年老体弱，无劳动能力;其3个女儿[]、陈伊[]均年幼，且陈清[]先天性心脏病。家庭经济收入较低，现因家中医疗费用支出较多导致生活困难，无能力承担治疗费用。





部战区

