

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: 2024172

申请日期: 2024年4月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	吴		女	2019.09.10	[REDACTED]		福建省建瓯市		
	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		南部战区总医院	2023.8.7	4.5万元	[REDACTED]	[REDACTED]	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
购买保险情况及报销比例		<input 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	残疾类型和级别:		
姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小汽车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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				
病童家庭情况	父亲	吴	43	良好	[REDACTED]				
	母亲	郭	44	良好	[REDACTED]				
申请救助理由(请详细描述)	吴 [REDACTED] 因先天性房间隔缺损、先天性二尖瓣关闭不全家庭非常困难家有老时一级残疾、有高血压、糖尿病、失明需要照顾没有固定收入偶尔打零工、收入无力负担 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 [REDACTED] 2024年4月11日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 房间隔缺损 手术治疗4.5万元 医师签名: [REDACTED] 2024年4月18日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: <u>五</u> 千 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分)								
	负责人签名: [REDACTED] 2024年4月18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: <u>一</u> 万 <u>零</u> 千 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [REDACTED] 2024年4月22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

病童姓名：吴 [redacted] 性别：女 年龄：4
病种：先天性房间缺损 治疗医院：中国人民解放军战区医院
先天性二尖瓣关闭不全

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 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：吴 [redacted] 吴 [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24日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：吴... 科室：心胸外科心外病区 床号：39 住院号：...

诊断证明

姓名：吴... 性别：女 年龄：4岁7月1天 ID号：...

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2024-04-11

出院日期：尚未出院。

病情摘要：患者因体检发现先天性心脏病入院。查体：双肺听诊呼吸音稍粗，心前区无隆起及凹陷，未触及震颤，心尖搏动于第四肋间锁骨中线，搏动范围正常，心相对浊音界无扩大，心率118次/分，心律齐，第二心音增强，胸骨左缘第 2-3肋间可闻及3/6级杂音，双下肢无水肿。辅助检查：心脏彩超提示：先天性房间隔缺损，先天性二尖瓣关闭不全。

诊断：先天性房间隔缺损，先天性二尖瓣关闭不全

医生意见：继续住院治疗。

经治医师：胡青... 签名：...

2024-04-12, 16.24

中国人民解放军南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我福建省建瓯市南雅镇 [REDACTED] 吴 [REDACTED] 男，身份证号码 [REDACTED]，独自抚养残疾母亲詹 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED]，及女儿吴 [REDACTED]，身份证号码 [REDACTED]，家庭生活靠吴成樟一人打工维持，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明



2024年4月12日



2024年4月12日

