

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：2024250

申请日期：2024年4月30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	2008.3.18				广东龙川			
	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		于州军区医院		2009年		8万				☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 45 %		☐ 城镇居民 %		☐ 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 王俊 名：2人			
	父亲 王		38	良好				2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000 元			
	母亲							3、固定资产：0 套房子；1 辆摩托车；0 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）	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										
	尊敬的领导：我是王 父亲，现年38岁是广东龙川人，我是单亲家庭，在2010年时在本医院做过一次先天性心脏病手术，手术分两期，术后一直在家休养，长期吃药，无法上学，在去年8月份因身体不适去龙川县城医院又查出急性胃潰瘍，由于家庭困难，每顿饭都是心存不安和愧疚，希望本人保证上述情况完全真实。最困难时期得到贵会更多救助和关心。 申请人签名：王 2024年4月30日										
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：果臂入院后诊断为右室流出道间隔缺损术后复发行第二期手术，预计需8万。										
	医师签名：林 2024年4月30日										
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写： 五 千 元 整） 负责人签名： 2024年4月30日										
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写： 壹 万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名： 2024年5月20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: 王頌湯 性别: 男 年龄: 16

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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为王頌湯的治疗费用。

受助人 (监护人): 王頌湯

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其钢

电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月27日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 王 性别: 男 年龄: 16岁 ID号: 床号: 住院号:

诊断证明

姓名: 王 性别: 男 年龄: 16岁 ID号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-05-09

出院日期: 住院天数:

病情摘要: 1、患者青年男患者, 16岁。14年前因“先天性心脏病, 右心室双出口”于我科住院行双侧双向Glenn, 术后情况尚可。预防接种史不详。2、慢性起病。3、临床表现为: 患者14年前因“复杂性先天性心脏病, 右室双出口”于我院行“双向Glenn分流术”, 术后康复顺利出院。3天前前患者无明显诱因出现心悸不适, 伴有气促, 偶有头晕, 无咳嗽、咳痰, 无恶心、呕吐, 无昏迷。症状时有发作, 未重视。患者遂来我院门诊就诊, 门诊拟“复杂先天性心脏病术后”收入院。患者现精神一般, 体力、食欲、睡眠一般, 体重无明显变化, 大小便正常。4. 查体: 体温36.2℃, 脉搏74次/分, 呼吸16次/分, 血压113/77mmHg, SP02:85%。神情, 口唇及甲床紫绀, 对答切题, 呼吸规律, 双肺听诊无罗音, 胸骨正中见陈旧性手术疤痕; 心前区无隆起及凹陷, 心尖搏动于第五肋间锁骨中线上, 搏动范围正常, 心率74次/分, 心律齐, 心前区可闻及3/6级收缩期杂音, 肝脾无肿大, 腹软, 无压痛, 双下肢无水肿。5、辅助检查: 暂无。

诊断: 1. 复杂先天性心脏病术后, 双侧双向Glenn, 右室双出口, 心功能III级

医生意见: 继续住院治疗。

经治医师: 罗林
2024-05-11, 08:43

南部战区总医院
(诊断专用章)





户主
照片

(核发单位加盖公章)

核发单位: 

发证日期: 2024年5月11日

户主姓名: 王

身份证号: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]



户主姓名	王	性别	男	
出生年月	1987.09	民族	汉	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	3人	
居住 地址				
户籍 地址	陕西省西乡县			
低保资金 发放账号				
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入	
	王	本人	1620	
	王	子	0	
	王	子	0	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

