

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: 2024269

申请日期: 2024年5月14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	2024.01.30		广东省揭阳市		
	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
	先天性脑积水	南部战区总医院	2024.5.17	5.5万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 50%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 4万 元 3、固定资产: 无套房子; 二辆摩托车; 无辆小车 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
	父亲 陈	35	健康		
	母亲 饶	30	健康		

申请救助理由(请详细描述): 家中抚养三名小孩,本人在家中带娃,无收入,家中有老人患高血压,高血糖,需要长年吃药

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 饶 2024年5月14日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患者诊断为先天性脑积水,需行手术,预估手术费用5.5万
	医师签名:	张 2024年5月21日
	医院意见(盖章):	
建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元)		
负责人签名: 王 2024年5月24日		

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元)

负责人签名: 王 2024年6月3日



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王颂汤爱心奖救助款收据

病童姓名: 陈 性别: 女 年龄: 4个月
病种: 室间隔缺损(干下型) 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 的治疗费用。

受助人 (监护人): 饶

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年6月5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陈凡 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 陈凡 出生日期: 2024-01-30 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

身份: 一般人员

入院日期: 2024-05-22

病情摘要: 患者1月余前因出生后体检就诊于当地医院检查时发现心脏杂音, 行心脏超声检查, 提示: 先天性心脏病: 室间隔缺损(干下型); 卵圆孔未闭。患者发育尚可, 无紫绀, 无行走活动后蹲踞; 1周前我科于当地义诊, 行心脏超声确诊为“先天性室间隔缺损”。为进一步诊断治疗, 在我院门诊拟诊断为“先天性室间隔缺损”收入院。患者自患病以来, 精神好, 体力正常, 食欲正常, 睡眠正常。体重无明显变化大小便正常。

当前诊断: 1. 先天性室间隔缺损; 2. 卵圆孔未闭; 3. 心功能II级

治疗意见: 继续住院手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 毕海跃

2024-05-24 14:27

南部战区总医院

(诊断专用章)



普宁市下架山镇涂坑村民委员会用笺

证 明

兹有我村村民陈 [REDACTED]，女，2024 年 1 月 30 日出生，身份证号：[REDACTED]，父母无固定职业，劳动收入低，祖父祖母身体差，患有多种疾病，需长期服药，家庭经济确有困难，现陈 [REDACTED] 申请先天性心脏病治疗手术，请有关部门给予帮助。

特此证明！

证明人：

涂坑村委会

2024 年 5 月 17 日

