

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: 2024278

申请日期: 2024 年 5 月 12 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	女	2023.8.22				
	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
	室间隔缺损	南阳市中心医院	2024.5-12	510元			☐ 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	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 4 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 47-53 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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 黄	30	健康		
	母亲 张	28	健康		

申请救助理由 (请详细描述): 家庭困难父亲黄 个人在务工, 母亲张 在家带孩子, 导致无法存钱, 给小女儿看病, 现希望有关部门帮忙

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 张

2024 年 5 月 12 日

医院填写

疾病诊断及治疗 (费用): 患儿入院后诊断为室间隔缺损, 预估手术费用 5 万

医师签名: 林

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: 高

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: 黄 [redacted] 性别: 女 年龄: 9个月
病种: 先天性间隔缺损 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), 将作为黄 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年6月12日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：黄 科室：心胸外科心外病区 床号： 住院号：

诊断证明

姓名：黄 性别：女 年龄：0岁8月29天 ID号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2024-05-22
出院日期：在院 住院天数：共住院1天

病情摘要：患者幼儿，先天性疾病；主因检查发现心脏杂音4月入院；查体：神清，精神可，无紫绀，双肺听诊呼吸音稍粗，未闻及干湿性啰音，心前区无隆起，心尖搏动有力，位于第五肋间左侧锁骨中线内0.5cm，心包摩擦感未触及，心率97次/分，心律齐，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音III/6级，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音，双下肢无水肿；4. 辅助检查：心脏超声（2024-01-25 普宁市妇幼保健计划生育服务中心）室间隔缺损。

诊 断：1. 室间隔缺损；2. 心功能II级；3. 上呼吸道感染

医生意见：特此证明

经治医师：毕海跃
2024-05-23, 16:17
南部战区总医院
(诊断专用章)




普宁市梅塘镇泗坑村民委员会用笺

证明

兹有我村村民黄[]女，身份证号码：
[]，父亲黄[]（男，身份证号码：
[]）在外务工，母亲张[]（女，身份证
号码：[]）在家务农，黄[]与张[]共
生育4个子女，全家靠父亲黄[]务工维持基本日常生活，
家庭收入比较低，情况属实。

特此证明



