

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: 2024360

申请日期 2024 年 6 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	任		男	2023.8.12			贵州·威宁	
	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
	房间隔缺损		南部战区总医院	2023.9月	4.5万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 70 %	☐ 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;			
	父亲 任	51	身体弱		2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000 元			
	母亲 舒	40	死亡		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车			
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							
医院填写	患病原因: 且出生时就患有先天性心脏门闭锁, 后经检查出患有2个心房综合征和先天性心脏缺损。 家庭情况: 家庭人口5人, 户主任, 妻子舒, 2024年2月检查出患有肝癌晚期。于5月去世, 现有劳动力以, 1人在校读书, 家庭收入全靠其在农务农维持生计, 无稳定收入来源, 生活开支和所有医疗费用远超过收入, 导致家庭生活困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 任 2024 年 6 月 24 日							
	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿入院后诊断为房间隔缺损, 需行心脏外科手术, 预计手术费用4.5万。 医师签名: 张书 2024 年 7 月 8 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 五 千 元 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 机 年 月 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 零 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 马晓 2024 年 7 月 15 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:	任	性别:	男	年龄:	1岁
病种:	先天性脑瘫	治疗医院:	广州市儿童医院		

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），将作为任 的治疗费用。

受助人（监护人）: 任

电 话:

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7月16日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：任 科室：心胸外科心外病区 床号： 住院号：

诊断证明

姓名：任 性别：男 年龄：0岁11月21天 ID号：

单位：其他 身份：一般人员

入院日期：2024-07-04

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100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级收缩期吹风样杂音，P2亢进，肝脾无肿大，双下肢无水肿。辅助检查：心脏彩超提示：房间隔缺损。

诊断：1. 房间隔缺损 肺动脉高压 心功能III级 2. 21三体综合征

医生意见：继续住院治疗。

经治医师：胡青鋈

签名：

2024-07-08, 10:48

诊断证明专用章

中国人民解放军南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我[]居民任[]，男，汉族，身份证号：[]，丧偶单身，独自抚养儿女共3女1男，其中患者长子任[]，男，汉族，身份证号：[]，长女任[]，女，汉族，身份证号：[]，在家务农；二女任[]，女，汉族，身份证号：[]，在外务工；三女任[]，女，汉族，身份证号：[]，就读[]中学八年级。家庭生活靠任[]在家务农维持，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！



