

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: 2024389

申请日期: 2024年 7月 18日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘	女	2014年6月1日			广东省	
	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
	先天性间隔缺损	南部战区总医院	出生	45			是 ☐ 否 ☐
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 ☒ %	☐ 城镇居民 ☐ %	☐ 商业保险 ☐ %	☐ 其他保险 ☐ %	☐ 无	残疾类型和级别: 低保户

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) 36000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 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 刘	40	良好		
	母亲 孔	36	一般		

申请救助理由(请详细描述):

您好,我是患儿刘 的母亲,刘 从一出生就被确诊患有先天性室间隔缺损性心脏病,一直无法自行愈合,因此决定治疗。因家里老人腰椎间盘突出多年受其影响需要吃药针灸,这两年更是得了甲亢一直靠吃药定期检查,而我也身体原因加上小孩小要照顾一家老小无法工作,这些年身体疾病挺多的,心功能低下和甲亢需要长期吃药定期检查,花费很大,家里只靠我老公一点微薄收入无力承担众的费用。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 孔 2024年 7月 18日

医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿入院诊断为室间隔缺损,需行心脏外科手术,预估手术费用45万
	医师签名:	2024年 7月 18日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 零 分)	
	负责人签名: 王 2024年 7月 19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 零 分)

负责人签名: 2024年 7月 29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：刘 性别：女 年龄：10周岁
病种：先天性间隔缺损 治疗医院：中国人民解放军南部战区总医院

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），将作为刘 的治疗费用。

受助人（监护人）：刘

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7月30日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 刘 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 刘 出生日期: 2014-06-01 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

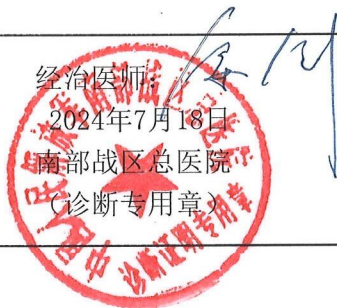
入院日期: 2024-07-18

病情摘要: 患儿因“确诊先天性室间隔缺损10年”入院。患儿家属诉患儿出生后常规体检行心彩超提示: 先天性心脏病: 室间隔缺损(肌部), 卵圆孔未闭。建议保守治疗, 定期复查, 未行特殊治疗。后患儿2021年行心脏彩超复查提示: 室间隔缺损(小分流量)。现患儿家属为求进一步治疗, 来我院门诊就诊, 门诊拟“室间隔缺损”收治入院。患儿出生至今, 家属诉易患感冒, 口唇及四肢未见紫绀, 可于体力活动后发生轻微气促, 其余无肝脾肿大及双下肢及眼睑水肿史。查体: 患儿颜面无紫绀, 双肺听诊呼吸音正常, 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, 心相对浊音界稍扩大, 心率100次/分, 心律齐, 胸骨左缘第3-4肋间可闻及收缩期杂音, 肝脾无肿大, 双下肢无水肿。辅助检查: 外院心脏彩超复查提示: 室间隔缺损(小分流量)。

当前诊断: 1. 室间隔缺损 心功能II级

医生意见: 继续住院治疗, 计划完善相关检查化验, 排除手术禁忌症后择期行手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号





汕头市潮阳区民政局

核发单位: _____

2021-01-01

发证日期: _____

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	刘	性别	男性
出生年月	1954-11-8	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	2人
居住 地址	广东省		
户籍 地址			
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	刘	本人	
	刘	子	
	刘	孙子、孙女	
	刘	孙子、孙女	

孔

潮阳区民政局
其他
低保证正章

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:

硕士以上学历360名、硕士、博士生导师
中心、1个国家重点专病中心、1个全军医
心、1个全军医学重点实验室、1个广东省重
、4个广东省特色专科和12个原军区医学专



姓
军
为
战
服
务
军
民

性战 | 厚德 | 精医



全军高级卒中中心
全军创伤骨科研究所
全军心血管病中心
全军呼吸内科中心
全军神经内科中心
全军激光整形中心
全军临床麻醉中心
全军泌尿外科中心
全军优生优育技术中心
国家药物临床试验机构
国家博士后科研工作站

电话: 020-88686256

急诊