

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：

申请日期：2024年6月6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	苏	男	2017.3.10		广东湛江		
	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	中国人民解放军南部战区总医院	2024.7.17	5万			☐ 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：
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 <u>3</u> 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>1万</u> 元 3、固定资产： <u>1</u> 套房子； <u>0</u> 辆摩托车； <u>0</u> 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	46	低智商				
	母亲	32	低智商				
申请救助理由（请详细描述）	本人年结大脚残疾，孙子苏 先天性心脏病，儿子儿媳智商残疾，劳动能力差，家庭困难 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：苏 2024年6月6日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 房间隔缺损 预计费用5100元 医师签名：李海强 年 月 日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写： 五 千 元 正） 负责人签名：李海强 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 仟 佰 拾 元 正） 负责人签名：李海强 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: 苏 [redacted] 性别: 男 年龄: 7
病种: 先天性心脏病 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), 将作为苏 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 苏 [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7月30日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：苏

科室：心胸外科心外病区

床号：

住院号：

诊断证明

姓名：苏 性别：男 年龄：7岁 ID号：

单位：-- 身份：一般人员

入院日期：2024-07-17

出院日期：在院 住院天数：共住院2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月余；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，心音正常，心率120次/分，心律规则，P2音增强，各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；辅助检查：心脏超声（2024-07-18 我院）：先天性心脏病：房间隔缺损（中央型）左室收缩及舒张功能正常 CDFI显示：房水平左向右分流；心电图（2024-07-17）：不正常：1. V1导联碎裂QRS波（请结合临床） 2. ST段改变（请结合临床）；患者拟行手术治疗。

诊 断：1. 先天性房间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见：

经治医师：毕海跃

2024-07-19, 14:59

南部战区总医院

（诊断专用章）



证 明

兹有我村委会 村民苏 男，身份证号码：
父亲苏 男，身份证号码：
智力残疾，在家。母亲冯 女，
身份证号码： 在家带孩子。苏 与
冯 生育 3 个子女，全家靠享受低保维持基本生活，家庭
经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明





南部战区总医院