

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:

2024396

申请日期: 2024年 6月 26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陆		男	2023.12.20			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
	法洛氏四联症		南部战区总医院	2024.3.	6万		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
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 1 名;		
	父亲 陆	38	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元		
申请救助理由（请详细描述）	母亲 庞	39	健康		固定资产: 1 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		
患儿父亲因家庭困难迟迟找不到对象。患儿母亲是再婚嫁给他的。双方因为文化低都没有工作单位。也没有存款。主要收入来源靠患儿父亲打零工维持生活。家里老人患有先天性心脏病因无力承担手术费用一直不做手术。需定期检查和长期服药。因家庭收入微薄。无力承担手术费用。现向广东省慈善总会申请资助。以协助完成患儿手术治疗 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 庞 2024年 6月 26日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿入院后诊断为法洛氏四联症需行心脏外科手术，预估手术费用6万2						
	医师签名: 林 2024年 7月 18日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 五 千 元 零 角 分） 负责人签名: 王 2024年 7月 8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 零 角 分） 负责人签名: 高 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: 陆 [redacted] 性别: 男 年龄: 7个月
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 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为陆 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 庞 [redacted]

电 话: [redacted]

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30日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陆 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 陆 出生日期: 2023-12-20 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-07-17

病情摘要: 患儿1月体检行心脏彩超时提示: 先天性心脏病, 室间隔缺损, 主动脉骑跨, 肺动脉狭窄, 动脉导管未闭, 卵圆孔未闭。建议行手术治疗, 当地医院无开展手术条件。现患儿家属为求手术治疗, 来我院门诊就诊, 门诊拟“先天性心脏病, 法洛氏三联症”收治入院。患儿出生后至今未出现呼吸困难、紫绀, 无缺氧发作导致晕厥发生, 无肝脾肿大及双下肢及眼睑水肿史。患儿喂养尚可, 体重较同年儿童偏小, 现精神、食欲、睡眠可, 大小便正常。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 法洛氏三联症 1.2 心功能III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

经治医师: 李
2024年7月18日
南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有广东省湛江市 常住村民陆 ，
男、汉族、身份证号码 患儿：陆 、
男、汉族、身份证号码：
户主：谢 女、汉族、身份证号码。
家庭收入来源于陆 外出务工，家庭年收入人民币 50000 元
左右。母亲：庞 、女、汉族、身份证号码：
在家带孩子、照顾老人，没有收入，
全靠父亲陆 在外务工维持生活，家庭收入低，生活困难，
情况属实。

特此证明



