

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:

2024397

申请日期: 2024年6月23日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		女	2018.7.21			广东省揭阳市	
	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	2019.3	4.5万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 95%	☐ 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 48000 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	林	33	正常				
	母亲	吴	34	正常				
申请救助理由(请详细描述)	因孩子检查出先天性心脏病, 室间隔缺损, 需要做手术是一笔不小的费用. 因家庭收入只有父亲打工无力支出这笔费用需要申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2024年6月23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, 需行手术, 估计费用4.5万							
	医师签名: 高巨涛 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 李俊 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 李俊 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: 林 性别: 女 年龄: 6
病种: 先天性心脏病: 室间隔缺损 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), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林
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30日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：林 科室：心胸外科心外病区 床号： 住院号：

诊断证明

姓名：林 性别：女 年龄：5岁11月25天 ID号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2024-07-17

住院天数：共住院1天

病情摘要：1. 患儿为先天性疾病；主因“体检发现室间隔缺损3月余”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，心包摩擦感未触及，心音正常，心率78次/分，心律规则，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音II-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，双下肢无明显水肿。辅助检查：心脏超声（2024-07-16）：先天性心脏病：室间隔缺损（膜周型）。入院后完善相关检查，排除手术禁忌症后，择日行手术治疗

诊 断：1. 先天性室间隔缺损；2. 心功能II级

医生意见：特此证明

经治医师：毕海跃

2024-07-18, 15:58

南部战区总医院

（诊断专用章）



证明书

兹有我村村民 林，身份证号码：

父亲 林，男，身份证号码：

在外务工，母亲 吴 女，身份证号码：

林 在家务农。 林 与 吴 共生育

3 个子女，全家靠父亲 林 务工维持其基本生活，家庭经济收低，生活困难，情况属实。

特此证明



