

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: 2024408

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	
	夏		女	2008.11.19			贵州省	
	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
	先天性心脏病		贵阳市	2009.1	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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 324 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 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	48	健康					
母亲		46	残疾					
申请救助理由(请详细描述): 本人夏 和病人夏父母, 首先对慈善组织说一声非常感谢, 感谢你们的大爱, 本人常年在外务工, 知道农民工, 家庭一年总收入在4万, 另外家里还有3个小孩上学, 实在承受不起这么贵的医药费, 我的女儿求医的过程中还被不良江湖骗子骗了一万多地钱, 真的非常感谢你们的大爱和帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 夏 2024年7月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者入院后诊断为先天性心脏病+肺动脉高压, 需行心脏外科手术, 预计手术费用5万。 医师签名: 张 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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王 2024年7月18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: 高 2024年7月19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: 聂

性别: 女

年龄: 16

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), 将作为聂 的治疗费用。

受助人 (监护人): 聂

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31日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：聂

科室：心胸外科心外病区

床号：

住院号

诊断证明

姓名：聂 性别：女 年龄：15岁 ID号：

单位：— 身份：一般人员

入院日期：2024-07-16

住院天数：共住院2天

病情摘要：1. 患儿为先天性疾病；主因“活动后胸闷、气促2年余”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）；肺动脉高压；左室收缩及舒张功能正常。CDFI显示：室水平双向分流。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, 15:36

南部战区总医院

（诊断专用章）



证 明

兹有我村村民聂 [REDACTED]，男，身份证号
码 [REDACTED] 女儿聂 [REDACTED]，女，身份证号
码 [REDACTED] 家庭生活经济困难，靠户主聂 [REDACTED]
一人打工维持，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！



营田村村民委员会
2024年6月20日
黄佳芳 [REDACTED]

