

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：2024478

申请日期：2024年8月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王	男	2024年2月			广东省广州市天河区	
	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 室间隔缺损+肺动脉高压	广东省人民医院	2024.5	5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 60%	☐ 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； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2-3万元 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 王	30	健康		
	母亲 马	26	健康		

申请救助理由（请详细描述）：

因为人家是农村家庭，在收入上没有什么经济来源收入，导致收入低生活困难，所以无法承担医疗费用。望申请给予救助为谢。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：王 2024年8月22日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：	患儿入院后，经诊断为先天性心脏病+肺动脉高压，需行心脏外科手术，预估医疗费用5万2。
	医师签名：	赖海 2024年8月27日
	医院意见（盖章）：	建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写：五仟元 佰 拾 元 角 分）
负责人签名：		王军强 2024年8月27日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写：五仟元 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：王军强 2024年9月2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: 王

性别: 男

年龄: 6周岁

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

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: 2014年 9月 3日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：王鼎

科室：心胸外科心外病区

床号：58

住院号

诊断证明

姓名：王鼎 性别：男 年龄：0岁6月10天 ID号：Y

单位：-- 身份：一般人员

入院日期：2024-08-23

出院日期：在院 住院天数：共住院3天

病情摘要：1. 幼儿，先天性疾病；2. 检查发现心脏杂音5月余；3. 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，位于第五肋间左侧锁骨中线内0.5cm，心包摩擦感未触及，心率126次/分，心律齐，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音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，双下肢无水肿；4. 辅助检查：心脏超声（2024-4-26 云南省昭通市第一人民医院）：先天性心脏病 室间隔缺损（膜周部 约6.5mm，双向分流，左向右为主） 卵圆孔未闭（约3mm，左向右分流） 估测肺动脉收缩压约50mmHg；

诊断：1. 先天性室间隔缺损 2. 肺动脉高压 3. 心功能II级

医生意见：特此证明

经治医师：毕海跃

2024-08-26, 13:33

南部战区总医院

（诊断专用章）



威宁彝族回族苗族自治县龙街镇龙街社区居民委员会

证 明

兹有我镇龙街社区内本社区居民张

女，苗族，身份证号：因孙子王

苗族，身份证号：患有先天性心脏病。

前赴广州市南部战区总医院治病治疗。因本社区家庭

收入低，年人均收入在11000元，所以无法承担所有的医

疗费用，望贵单位给予办理相关补助金为谢。

特此证明。

龙街社区居委会

2024年8月22日



