

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: 2024480

申请日期: 2024年8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	
	王	女	2022.6.30			贵州省威宁县回族苗族自治县	
	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	贵阳市妇幼保健院	2022.8	4.5			☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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
	王	28	良好		
	陈	25	良好		

申请救助理由(请详细描述):

本人因孩子王 患病一年多,一直带着孩子四处治疗;让本就没有稳定收入的家庭雪上加霜,家里所有的积蓄,都给孩子治病买药,孩子生病的一年多基本没有任何收入,实在无力承受特申请救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 陈 2024年8月26日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	先天性心脏病, 手术费用4.5万
	医师签名:	罗林 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: 五千 佰 拾 元 角 分)		
负责人签名: 王 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 千 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 王 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[模糊] 性别: 女 年龄: 2
病种: 先天性房间隔缺损 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院
左房三房心

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[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年9月3日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：王

科室：心胸外科心外病区

床号：47

住院号：7

诊断证明

姓名：王 性别：女 年龄：2岁1月22天 ID号：

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2024-08-22

住院天数：共住院4天

病情摘要：1. 幼儿，先天性疾病；2. 检查发现先天性心脏病1年余，既往结节性硬化症病史；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，心音正常，心率122次/分，心律规则，胸骨左缘第2肋间可闻及柔和收缩期杂音II/6级，P2音增强，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音；4. 辅助检查：心脏超声（重庆医科大学附属儿童医院 2023-07-25）：房间隔缺损，左心收缩及舒张功能未见明显异常。患者入院后完善相关检查，择日行手术治疗。

诊断：1. 先天性房间隔缺损；2. 左房三房心；3. 结节性硬化症；4. 癫痫；5. 心功能II级

医生意见：特此证明

经治医师：毕海跃

2024-08-26, 12:11

南部战区总医院

（诊断专用章）



证 明

兹有大马城社区建设组居民王[REDACTED]，男，汉族，身份证号：
[REDACTED]，王[REDACTED]，女，汉族，身份证号：
[REDACTED]，该户现因孩子王[REDACTED]心脏缺陷，一直
积极配合治疗，支出较大，无稳定工作，无稳定收入，家庭
经济出现困难，情况属实。

特此证明

大马城社区居民委员会

2024年8月5日



