

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:

2024479

申请日期: 2024年8月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	复		男	2018.7.15			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
	房间隔缺损		南部战区总医院	2024.7 2019.1	4.5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ %	☐ 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 <u>2</u> 名;		
	父亲	复	35	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>72000</u> 元		
	母亲	陈	38	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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		
我是复的父亲复，是一个务农农民，孩子的母亲陈是我们村里的小学教师，2024年7月带复去南部战区总医院做包皮炎手术，经检查发现复有先天性心脏病，包皮炎手术被迫停止。我们夫妻于2023年在县城贷款买了一套商品房并当年也贷款装修了房子，当得知复患有先天性心脏病时，我们夫妻的第一反应就是把房子卖了给孩子做医疗费。本人保证上述情况完全真实。商品房要贷款满5年才能售卖，故特向贵会递交申请。 申请人签名: 2024年8月24日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为房间隔缺损，需行心脏手术。预估手术费用4.5万。 医师签名: 2024年8月27日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: 五千元 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年8月27日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元 (大写: 五千元 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 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: 夏 [redacted] 性别: 男 年龄: 6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), 将作为夏 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 夏 [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9月3日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 夏 科室: 心胸外科心外病区 床号: 57 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 夏 出生日期: 2018-07-15 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号: 57

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-08-23 住院天数: 共住院2天

病情摘要: 1. 幼儿, 先天性疾病; 2. 主因“检查发现房间隔缺损1月余”入院; 3. 查体: 心前区无隆起, 心尖搏动有力, 心音正常, 心率115次/分, 心律规则, P2音增强, 胸骨左缘2-3肋间可闻及II-III/6级收缩期柔和吹风样杂音, 余各瓣膜区未闻及心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音, 双下肢不肿。; 4. 辅助检查: 心脏超声检查(外院), 提示: “房间隔缺损(中央型)”。

当前诊断: 1. 先天性房间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见: 建议行手术治疗, 特此证明

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 薛楚卿/郑靖

2024-08-25

南部战区总医院

(诊断专用章)



威宁县羊街镇银华村村民委员会

证明书

兹有我村村民夏[模糊], 男, 身份证号码:
[模糊], 父亲: 夏[模糊], 男, 身份证号码:
[模糊], 在家务农; 母亲: 陈[模糊],
女, 身份证号码: [模糊], 农村小学
教师; 夏[模糊]与陈[模糊]共生育两个子女, 全家靠夏[模糊]
务农与陈[模糊]工资收入维持基本生活, 家庭经济收入
微薄, 生活困难, 情况属实。

特此证明

银华村村民委员会
2024年8月5日



