

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: 2024481

申请日期: 2024年8月20日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2017.3.5			贵州省黔东南州麻江县	
	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 房间隔缺损		黔东南州 人民医院	2024.7 2018.2	45			☐ 是 ☒ 否
	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	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 2 名;		
	父亲					2、家庭年收入(不含政府补贴) 43 元		
	母亲	江	29			3、固定资产: 0 套房子; 0 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		
尊敬的领导: 您好!我叫江,出生于1995年8月,汉族,在贵阳市务工,月收入3000元,有一儿一女,与孩子父亲协议分开未领取结婚证后,自己一人独自抚养儿女,女儿一直常住外婆家,自己则边上班边带着儿子在贵阳读书,在贵阳租房住水电费生活拮据,入不敷出,而儿子在2024年7月检查出心脏异常,后于贵州省人民医院确诊为先天性心脏病,现不得不辞去原本的工作照顾儿子住院手术治疗,这给原本就贫困的家庭雪上加霜,高昂的手术费和生活费让我喘不过气,于是向贵基金会申请患儿救助,还望批准,感激不尽! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 江 2024年8月20日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 术前诊断为房间隔缺损,需行心脏手术,估计手术费用45万 医师签名: 林金文 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: 五千元 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: 五千元 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 葛 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: 李 性别: 男 年龄: 7
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

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 丁

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: 138 2227 9353

日 期: 2024年9月3日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 李... 科室: 心胸外科心外病区 床号: 59 ID号: Y... 住院号: ...

诊断证明

姓名: 李... 出生日期: 2017-03-05 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号: 59

单位: 无 身份: 一般人员

入院日期: 2024-08-23 出院日期: 2024-08-26 住院天数: 共住院3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125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: 外院心脏彩超: 房间隔缺损。入院后完善相关检查, 排除手术禁忌症后, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 先天性房间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见: 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/郑锺

2024-08-26

南部战区总医院
(诊断专用章)



威宁县麻乍镇二田村村民委员会

证明

兹有麻乍镇二田村村民李[]男，汉族，身份证号：[]，
母亲丁[]女，汉族，身份证号：[]，
现在贵阳务工。丁[]与孩父亲李[]男，身份证号：[]，
共育有一子一女，未领取结婚证，双方
因感情不合，协议解，儿李[]，女，身份证号：[]，
物由丁[]抚养。家庭经济收入薄弱，家
庭条件比较困难，情况属实。望贵单位给予帮助为谢！

特此证明。

二田村村民委员会
2024年8月20日

