

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: 2024487

申请日期: 2024年8月23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	尤	男	2023年12月20日			贵州省毕节市	
	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	中国人民解放军南部战区总医院	2024.2	4.5万			☒ 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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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
	父亲 尤	34	健康		
	母亲 黎	25	良好		

尊敬的领导:

您好! 我叫尤, 家住贵州省大方县, 我有一个年近五旬的父亲, 常年多病, 病不断, 孩子尤, 在广东省军区总医院治疗先天性心脏病, 手术费用约4.5万, 一家人的生活费开支全靠我在外面打工支撑, 同时还要开支父亲及孩子医药费, 家庭条件非常困难, 小儿患先天性心脏病之症, 要住院手术治疗, 而高昂的手术费和生活开支让我力不从心, 于是, 向贵单位申请患儿的医疗费用相关资助, 还望批准为盼, 感激不尽!

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 尤 2024年8月23日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿入院后诊断为室间隔缺损, 需行手术治疗, 手术费用约4.5万。
	医师签名:	张 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: 伍仟 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 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 高 2024年9月27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：尤	性别：男	年龄：8个月
病种：先天性心脏病 室间隔缺损	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 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为尤 的治疗费用。

受助人（监护人）：尤

电 话：

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5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：尤

科室：心胸外科心外病区

床号：

住院号：

诊断证明

姓名：尤 性别：男 年龄：0岁8月2天 ID号：

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2024-08-23

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8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，心音正常，心率132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III/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（毕节市妇幼保健医院）：先天性心脏病 室间隔缺损（膜周部） 房水平左向右分流，考虑卵圆孔未闭。患者入院后完善相关检查，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

2024-08-26, 12:12

南部战区总医院

（诊断专用章）



证明

兹有贵州省毕节市

组村民尤 男，汉族，身份证号码：

属我村低保户，家庭经济特别困难，情况属实。

特此证明

黑石头镇坝口村民委员会

经办人：尤冬旭

2024年8月21日

