

# 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: 2024549

申请日期: 2024年9月25日

|               |                                                                                                                                                                                                   |             |                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料          | 姓名                                                                                                                                                                                                | 性别          | 出生年月                                | 身份证号码                              | 户籍所在地                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |                                                                                  |
|               | 陆                                                                                                                                                                                                 | 女           | 2021.6.30                           |                                    | 云南大理                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                                                                  |
|               | 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<br>室缺                                                                                                                                                                                      | 南部战区<br>总医院 | 2021.9月                             | 4.5万                               |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和<br>级别: |
| 病童家庭情况        | 购买保险情况及报<br>销比例                                                                                                                                                                                   |             | <input type="checkbox"/> 新农合<br>60% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>%                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>% | <input type="checkbox"/> 无                                                       |
|               | 姓名                                                                                                                                                                                                | 年龄          | 健康情况                                | 联系电话                               | 1、抚养18岁以下儿童 2 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元<br>3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                                    |                                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述) | <p>我是一个离异的单亲妈妈,目前带着两个孩子居住外公外婆家,没有工作,没有收入,靠外公外婆种地务农养活两个孩子,外公外婆已经六十多岁了,家庭十分困难,外公外婆身体也不太好,常年在吃药,恳请爱心人士基金会帮帮我资助救治我的孩子,让我的孩子恢复健康! 谢谢爱心人士基金会和各位爱心人士。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 郑 2024年 9月 25日</p> |             |                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                  |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为室间隔缺损,需行心脏外科</p> <p>手术,预估费用4.5万</p> <p>医师签名: 罗林 2024年 10月 9日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金: 5000 元(大写: 伍仟 佰 拾 元 零 分)</p> <p>负责人签名: 王凤梅 2024年 10月 9日</p>               |             |                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                  |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 5,000.00 元(大写: 伍仟 佰 拾 元 零 分)</p> <p>负责人签名: 高晓心 2024年 10月 14日</p>                                                                                                    |             |                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                  |
|               | <p>5</p>                                                                                                                                                                                          |             |                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                  |



# 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: 陆[模糊] 性别: 女 年龄: 3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), 将作为陆[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑[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: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年10月15日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陆 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

## 诊断证明

姓名: 陆 出生日期: 2021-06-30 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-10-08 出院日期: 2024-10-09 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 发现室间隔缺损3年余

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 室间隔缺损 1.2 心功能II级

医生意见: 住院手术治疗

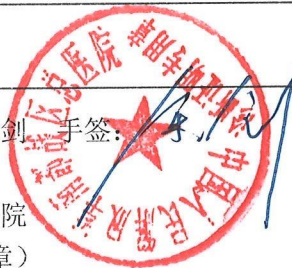
医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余 手签:

2024-10-09

南部战区总医院

(诊断专用章)



# 家庭情况说明

兹有我村村民陆[REDACTED]，身份证号：[REDACTED] 母亲郑  
[REDACTED] 女，身份证号：[REDACTED] 是一个离异单亲妈妈，  
共生育 2 个子女，没有收入来源，全家靠外公外婆务农维持基本生活，  
家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明！

天星乡笼陶村民委员会

2024 月 9 月 28 日





