

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: 2024895

申请日期: 2024年10月28日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	耿	女	2023.12.21			贵州省毕节市威宁县	
	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	市妇幼保健院	2023.12.28	4.5万			☐ 是 ☒ 否
	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	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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>2</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 耿	27	健康		
	母亲 赵	22	健康		

申请救助理由(请详细描述):

因小孩出生就患有心脏病及肺炎,呼吸急促,在重症监护室住了一个月,花费近六万,出院后经常感冒发烧,又一次感染肺炎住进了重症监护室,医疗费用支出花光了我们的积蓄,但小孩依旧没有好转,一感冒就要去医院,每次都是一笔大的花销,经常反复发烧,越来越严重了,现在在医院做大手术,老公收入过少,省吃俭用不够医小孩,亲戚朋友都借遍了还不够,因这次手术费用过多,有实在承担不住

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 赵 2024年10月30日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	先天性心脏病 预计费用4.5万元
	医师签名:	2024年10月28日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元(大写: 伍仟元)	2024年10月28日
	负责人签名:	2024年10月28日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5000.00 元(大写: 伍仟元)

负责人签名: 2024年11月4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: 耿 [redacted] 性别: 女 年龄: 10个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 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), 将作为耿 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赵 [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11月5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 耿 科室: 心胸外科心外病区 床号: 63 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 耿 出生日期: 2023-12-21 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号: 63

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-10-26

病情摘要: 患者母亲10月余前产检时发现胎儿先天性心脏病, 出生后就诊于当地医院, 行心脏超声诊断为: “心内膜垫缺损”, 未做特殊处理, 患儿无咳嗽、咳痰, 无胸闷、胸痛, 无恶心、呕吐, 无头晕、头痛。患儿自患病以来, 精神尚可, 体力正常, 食欲正常, 睡眠正常。体重正常增长, 大小便正常。为进一步诊断治疗, 在我院门诊拟诊断为房间隔缺损收入院。

当前诊断: 1. 1. 先天性心脏病 1.1 部分型心内膜垫缺损 1.2 房间隔缺损(中央型) 1.3 肺动脉高压 1.4 心功能III级 2. 二尖瓣返流 3. 三尖瓣返流 4. 不完全性右束支传导阻滞

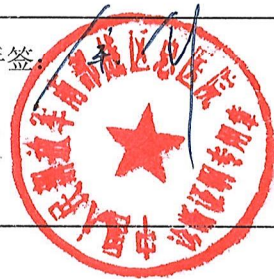
医生意见: 住院手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余剑 手签

2024-10-30

南部战区总医院
(诊断专用章)



证 明

兹有我村十一组村民耿[REDACTED]，女，身份证号：
[REDACTED]，该村民患有先天性心脏病，且
该村民家中靠耿合香一人外出务工，该村民需要去医
院医治，该村民家中生活困难，情况属实。

特此证明

东风镇人民政府

2024年3月27日



黄泥村村民委员会

2024年3月27日



