

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: 2024597

申请日期: 2024年10月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	马		男	2014.8.31	[模糊]		云南省广南县	
	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
	高胆红素血症		广南县人民医院	2024.10.20	4.5万	[模糊]	[模糊]	☐ 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 马	36	健康	[模糊]	2、家庭年收入(不含政府补贴) 3430 元			
	母亲 吴	35	健康	[模糊]	3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车			
申请救助理由(请详细描述)	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							
	全家总共7口人,有3个老人需要照顾,以务农收入为主,都是打零工为主,供2个小孩上学,劳动力较少,收入微薄,经济压力大,3个老人都有高血压,需要长年服药,如奶奶卧床,生活不能自理并伴有冠心病,常年服药。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: [模糊] 2024年10月26日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 高胆红素血症 治疗费用4.5万							
	医师签名: [模糊] 2024年10月31日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 元 整) 负责人签名: [模糊] 2024年10月31日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 一 万 伍 仟 一 佰 一 拾 元 角 一分) 负责人签名: [模糊] 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: 易 性别: 男 年龄: 10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), 将作为易 的治疗费用。

受助人 (监护人): 易

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11月5日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 易 科室: 心胸外科心外病区 床号: 89 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 易 出生日期: 2014-08-12 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号: 89

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-10-30

病情摘要: 患者15天前因胸痛就诊于当地医院, 行心脏彩超检查提示: “房间隔缺损(继发性, 多孔型)”, 未做处理, 患病期间, 患者偶有胸部疼痛, 为胀痛, 持续时间为数秒至数分钟, 无明显诱因, 颜面无紫绀、无咳嗽、咳痰, 无胸闷、无恶心、呕吐, 无头晕、头痛。现为求进一步治疗, 来我院门诊就诊, 门诊医生询问病史后以“房间隔缺损收入院。”患者自患病以来, 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。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 房间隔缺损 1.2 卵圆孔未闭 1.3 三尖瓣返流 1.4 心功能II级 2. 窦性心律不齐 2. 疝气修补术后 3. 扁桃体切除术后

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:

2024-10-31

南部战区总医院

(诊断专用章)



家庭情况说明

兹有我村村民易[REDACTED]，男，身份证号码：[REDACTED]。
父亲易[REDACTED]，男，身份证号码：[REDACTED]，在外务工。
母亲吴[REDACTED]，女，身份证号码：[REDACTED]，在外务工。
易[REDACTED]与吴[REDACTED]共生育2个子女，全家靠易[REDACTED]与吴[REDACTED]务工维持基本生活，家庭经济收入低，生活压力大，情况属实。

特此证明。

南屏镇干沟村委会

2024年10月25日



