

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: 2025005

申请日期: 2024年12月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	2020.7.16			贵州省	
	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		南部战区总医院	2021年3月	4.5万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
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;			
	父亲 林	31			2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>47</u> 元			
	母亲 程	26	柳郁症		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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			
申请救助理由(请详细描述)		我叫林,来自贵州,我们生活在农村,家庭条件并不富裕,父亲没有稳定的工作收入。小儿林,又患有先天性心脏病,需不断检查治疗,长期下来经济难以支撑,且家里人口多,有三个子女,两个在上学,并且还有两位老人需要赡养,母亲身体也虚弱,需长期医治,靠吃药物缓解,劳动能力弱,生活压力大,家庭经济收入低,无力承担我儿林的手术全部费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2024年12月21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,我,预估手术费用4.5万元。 医师签名: 罗林 2024年12月26日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>5000</u> 元 (大写: 五千元 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 罗林 2024年12月28日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>5,000.00</u> 元 (大写: 五千元 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 罗林 2025年1月6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：林 [redacted] 性别：男 年龄：4岁
病种：先天性室间隔缺损 治疗医院：广州南部战区总医院

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），将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：林 [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：2025年1月7日

日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：林 科室：心胸外科心外病区 床号： 住院号：

诊断证明

姓名：林 性别：男 年龄：4岁5月6天 ID号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2024-12-23
出院日期：在院 住院天数：共住院2天

病情摘要：患者幼儿，先天性疾病；主因检查发现心脏杂音4年余入院；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，心率112次/分，心律齐，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音III/6级，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音，双下肢无水肿；辅助检查：威宁彝族回族苗族自治县人民医院心脏超声检查报告（2024-11-07）：超声提示：先天性心脏病：室间隔缺损，室水平左向右分流，三尖瓣轻度反流；

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

2024-12-25, 15:44

南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我村村民林[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，父亲林[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED] 在外务工，母亲程[REDACTED] 女，身份证
号码：[REDACTED] 在外务农，林[REDACTED]和程[REDACTED]共生
育 3 个子女，全靠父亲林[REDACTED]务工维持基本生活，家庭经济收
入低，生活困难，情况属实！

特此证明！

矿山村民委员会
2024 年 12 月 21 日

