

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: 2025006

申请日期: 2024 年 12 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2024.3.16			贵州 威宁	
	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
	室间隔缺损		南部战区总医院	2024-5月	5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 三万五 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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 周	36	健康					
母亲 赵		25	健康					
申请救助理由(请详细描述): 母亲长年有慢性病靠吃药减缓,父亲在家务农,无固定收入,本人周 无固定工作,靠打零工增加收入,本人妻子没有工作,在家带四个孩子,全家生活全靠本人打零工来维持。特向贵心基金申请帮助。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 周 2024 年 12 月 30 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,需手术治疗,手术费用5万 医师签名: 2025 年 1 月 3 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元 拾 元 角 分) 负责人签名: 2025 年 1 月 3 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元 拾 元 角 分) 负责人签名: 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: 周[模糊] 性别: 男 年龄: 9个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 南部战区医院

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), 将作为周[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 周[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: 周其明

电 话: 13822279383

日 期: 2024年1月7日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：周

科室：心胸外科心外病区 床号

住院号：

诊断证明

姓名：周 性别：男 年龄：0岁9月15天 ID号：

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2025-01-01

住院天数：共住院1天

病情摘要：

患者为儿童，先天性疾病；主因“体检发现心脏杂音4个月”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，心包摩擦感未触及，心音正常，心率78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II-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。入院后完善相关检查，拟择日行手术治疗

诊 断：1. 先天性室间隔缺损；2. 心功能II级

医生意见：建议继续住院治疗。

经治医师：薛楚卿/郑靖

2025-01-02, 16:57

中国人民解放军南部战区总医院
(诊断专用章)

证 明

兹有我县府社区居民：周[REDACTED]，男，汉族，身份证号码：[REDACTED]，在本县工地务工，妻子赵[REDACTED]，汉族，身份证号码：[REDACTED]，务工无固定收入在家带孩子，长子周[REDACTED]，汉族，身份证号码：[REDACTED]，学生，长女周[REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]，学龄前儿童，次女周[REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]，学龄前儿童，次子周[REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]，学龄前儿童先天性心脏病，情况属实！
特此证明。

六桥街道县府社区居民委员会
2024年12月13日



