

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: 2025012

申请日期: 2025年1月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	黄		女	2023.7.6			贵州省毕节市		
	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 房间隔缺损		南部战区总医院	2023.10月	4.5万			☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5.7 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	黄	30	健康					
	母亲	肖	28	健康					
申请救助理由(请详细描述)		因该病童家父母常年务农,没有固定收入来源,家里还有父母,还有两位未成年的哥哥长期抚养,该疾童家长早些年负债70万导致家庭经济困难,无力承担病童医药费用希望能够得到广东公益恤孤助学促进会的资助,非常感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 肖 2025年1月2日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为房间隔缺损+房间隔缺损,需行心外科手术,手术费用为45000元 医师签名: 梁林 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: 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 梁林 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: 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 梁林 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: 黃[模糊] 性别: 女 年龄: 1
病种: 先天性心病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区

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), 将作为黃[模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 肖[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 1 月 8 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 黄 科室: 心胸外科心外病区 床号: 53 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 黄 出生日期: 2023-07-06 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 无 身份: 一般人员

病情摘要: 1. 儿童, 先天性疾病; 2. 主因“体检发现房间隔缺损、室间隔缺损1月余”; 3. 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, 心音正常, 心率125次/分, 心律规则, P2音增强, 胸骨左缘2-3肋间可闻及II-III/6级收缩期柔和吹风样杂音, 胸骨左缘3-4肋间可闻及粗糙样收缩期杂音III/6级余各瓣膜区未闻及心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音, 双下肢不肿。4. 辅助检查: 暂无补充。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 房间隔缺损 2.1 室间隔缺损; 2. 心功能II级; 3. 肺部感染; 4. 肺动脉高压

医生意见: 继续住院治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余剑

2024-12-31

南部战区总医院

(诊断专用章)



家庭经济情况说明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 黄 (法定
监护人姓名),身份证号 5,
家庭住址 贵州省, 家庭
人口共 5 人,家庭年收入为 50000 元。其子/女
黄 (申请救助儿童姓名)身份证号
 患有 先天性心脏
 疾病。因孩子治疗费用支出家庭经济负担
重,基本生活出现困难,现向广东公益恤孤助学促进会申请
出生缺陷救助项目医疗救助金。

以上所述属实,特此说明。

村(居)委会所在地: 贵州省毕节市大方县小屯
乡滑石村。

村(居)委会经办人签字: 黄

联系电话:

2025年1月6日



