

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: 2025220

申请日期: 2025年5月6日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邓		女	2024.01.16			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		南部战区总医院	2024.5 2025.5.6	600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 ☒ 名;			
	父亲 邓	33	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 32000 元			
母亲 蔡		35	健康		3、固定资产: 1套房子; 无辆摩托车; 无辆小车			
					4、家庭困难类型: 农村房屋无证			
					☒ 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): 因为孩子母亲有妊高症,每次生育都十分危险,所以在这个过程中花费非常大,并且在生育上孕四得二,在物质上,身体上,精神上都是沉痛的打击。现养育两孩均是早产儿,都体弱多病,日常感冒住院均是常态化。孩子母亲产后面体恢复差,时常须开药调理,大宝患有哮喘,鼻炎,小宝患有先天性心脏病。家庭经济收入单一且少,因此家庭经济较困难,望给予支持和帮助为感。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓 2025年 5月 6日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病+室间隔缺损 预计总费用600元 医师签名: 郑颖 2025年 5月 6日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元(大写: 5千 0百 0拾 0元 0角 0分) 负责人签名: 郑颖 2025年 5月 6日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 5千 0百 0拾 0元 0角 0分) 负责人签名: 郑颖 2025年 5月 12日 秘书处								



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: 邓 [redacted] 性别: 女 年龄: 1
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), 将作为邓 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周基明

电 话: 13822279383

日 期: 2025年5月13日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：邓 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：邓 出生日期：2024- 性别：女 科室：心胸外科心外病区 床号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2025-05-06 住院天数：共住院1天

病情摘要：患者为幼儿，先天性疾病；主因“发现心脏杂音1年”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124次/分，心律规则，胸骨左缘第2-3肋间可闻及柔和收缩期杂音III/6及，第3、4肋间可闻及粗糙喷射样收缩期杂音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。以“房间隔缺损、室间隔缺损”收住院。拟完善检查后，行手术治疗。

当前诊断：1. 室间隔缺损；2. 房间隔缺损；3. 心功能II级；4. 早产儿；5. 肺炎

医生意见：特此证明。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：薛楚卿/郑锴

2025-05-06, 15:30

南部战区总医院
(诊断专用章)



贫困证明

兹有威宁县盐仓镇娱满村二组村民邓[REDACTED]，女，汉族，身份证号：

[REDACTED] 父亲邓[REDACTED]，男，汉族，身份证号：

[REDACTED] 母亲，女，汉族，蔡[REDACTED]，身份证号码：

[REDACTED] 夫妻二人共生育 2 孩，均属于早产儿，经常住院，医疗费用较高，由于该家庭收入以在家务农为主，所以导致家庭经济较为贫困，情况属实。望给予支持和帮助。

娱满村村民委员会

2025 年 3 月 25 日



