

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: 2025271

申请日期: 2025年5月19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	叶	女	2024.10.19			南径林内村	
	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 室间隔缺损	南径林内村 卫生院	2024.11.23	5W			☒ 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	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5W</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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		
	父亲 叶	23	健康				
	母亲 杨	21	健康				
申请救助理由(请详细描述)	我们来自一个普通家庭, 每个月光靠爸爸一人不固定地工资养我们一家子, 加上每个月还有贷款要偿还, 两个小孩也还很小, 都在喝奶粉, 还有其他的生活开支, 妈妈在家带孩子也无力帮忙分担, 所有的压力都在爸爸一人肩上, 现如今小孩确诊先天性心脏病, 光靠我们自己实在无力承担这笔巨大的费用, 希望有好心人救助一下。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2025年5月19日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损 手术预计费用 5W 元 医师签名: 余 2025年5月27日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙 2025年5月27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 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 孙 2025年6月3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: 叶 [redacted] 性别: 女 年龄: 7月十
病种: 室间隔缺损手术 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), 将作为叶 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶 [redacted] 杨 [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: 2015 年 6 月 5 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 叶 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 叶 出生日期: 2024-10-19 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: 2025-05-26

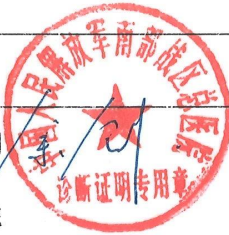
病情摘要: 患者缘于出生1个月后频繁哭闹前往当地医院检查时发现室间隔缺损, 心脏彩超提示: 先天性心脏病: 室间隔缺损, 无咳嗽、咳痰, 无胸闷、胸痛, 无恶心、呕吐, 无头晕、头痛。患者自患病以来, 精神尚可, 体力正常, 食欲正常, 睡眠正常。体重正常增长, 大小便正常。为进一步诊断治疗, 在我院门诊拟诊断为“室间隔缺损”收入院。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1 室间隔缺损 2. 心功能II级

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
2025-05-27
南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市南径镇林内村民委员会

证明书

兹有我村村民叶[]、女、身份证号码：[]
[]。父亲叶[]、男、身份证号码：[]
在外务工。母亲杨[]、女、身份证[]
在家务农。叶[]与杨[]共生育 2 个子女，全家靠父亲叶[]
[]务工维持其基本生活，家庭经济收入低，生活困难，情况属
实。

特此证明



