

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: 2026192

2026 申请日期: 2026 年 3 月 20 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	程		女	2024.10.12			广东省
	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
	流涎、四肢瘫	南部战区	2024.10.12	8万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	十二岁孩子自闭症	医院					残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 46%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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;		
	父亲 程	29	良好		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 277 元		
	母亲 李	24	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车		
					4、家庭困难类型:		
					<input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;		
					<input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)	<p>因双胞胎早产导致的种疾病住新生儿科将近4个月,高昂的医疗费用家庭已无力承担,家里老人身体不好,需要定期检查吃药,前不久有车辆,花了很多的钱,对于困难的家里更是雪上加霜,家庭成员的带动力少,负债高,没有固定的家庭收入,靠偶尔打零工,父母来补贴家用,恳求给予援助挽救生命。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 程 2026 年 3 月 20 日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿入院后诊断为流涎、四肢瘫、十二岁孩子自闭症, 需给予药物治疗, 预估总费用8万						
	医师签名: 林晓 2026 年 3 月 20 日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026 年 3 月 20 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026 年 3 月 20 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: 程	性别: 女	年龄: 1岁5个月
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 南疆战区总医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为程 的治疗费用。

受助人（监护人）: 程

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林作强

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月24日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 程 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 程 出生日期: 2024-10-12 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: 2026-03-20 住院天数: 共住院3天

病情摘要: 1. 患者儿童, 先天性疾病; 2. 主因检查发现体检发现心脏杂音1年余入院; 3. 查体: 神清, 精神可, 发育正常, 口唇无紫绀, 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107次/分, 律齐, 心音稍弱。未闻及心包扣击音, 胸骨左缘II-IV肋间可闻及收缩期喷射样杂音3/6级, P2减弱, 心包摩擦音未闻及, 双下肢无水肿; 4. 辅助检查: 贵阳市儿童医院(2024-10-24)心脏彩超: 先天性心脏病: 法洛四联症: 室水平右向左为主双向分流信号; 房间隔小缺损; 永存左上腔静脉; 三尖瓣返流(中度)。

当前诊断: 1. 法洛四联症; 2. 房间隔缺损; 3. 心功能II级;

医生意见: 住院治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 毕海跃

2026-03-23

南部战区总医院

(诊断专用章)

诊断证明专用章 02



证明

兹有我镇 户主：程 身份证号

该户为我镇突发严重困难户，户编号 现有该户户主之孙女程

女，身份证 为该户共同居住家庭成员。

特此证明！

附：全国防止返贫监测和衔接推进乡村振兴信息系统截图

序号	姓名	增加原因	缺少原因	与户主关系
1	程*华	2013年12月新识别		户主
2	李*地	2013年12月新识别		配偶
3	程*	2013年12月新识别		之子
4	程*	2013年12月新识别		之子
5	李*翠	2024年10月录入(入籍)		之儿媳
6	程*梓	2025年12月新生儿		之孙女
7	程*蕊	2024年10月新生儿		之孙女
8	程*蕊	2024年10月新生儿		之孙女
9	程*梓	2016年12月新识别(补办) 2016年11月户籍迁出		之子

经办人：李
小海镇农业农村综合服务中心
2026年3月17日
5205261118151

