

### 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: 2026550

申请日期: 2026年7月12日

|                                                                                         |                                                                                                                                                      |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                    | 姓名                                                                                                                                                   |    | 性别                                          | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                         | 罗                                                                                                                                                    |    | 女                                           | 2013.7.21                       |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 | 云南西畴                       |                                                                  |
|                                                                                         | 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                                                                                                                                               |    | 南部战区文山州医院                                   | 2026.5.6                        | 5万                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                         | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                          |    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 48% | <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 | 残疾类型和级别:                                                         |
| 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 1 名; 10000 元<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 元<br>3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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 |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                         | 父亲 罗                                                                                                                                                 | 54 | 良好                                          |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                         | 母亲 刘                                                                                                                                                 | 58 | 良好                                          |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                           | 由于本人没文化也没技术, 只能在家务农种些粮食和在附近打些零工, 妻子刘患上月脑梗和颈椎后也帮不上忙, 只能在家做些家务, 全家年收入只有1万元左右, 面对女儿罗的高额医疗费用, 实在无力承担, 特向贵单位申请资助。<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 罗 2026年7月12日 |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                    | 疾病诊断及治疗(费用): 患者入院后诊断为先天性心脏病, 需行心脏外科手术, 预估手术费用5万。                                                                                                     |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                         | 医师签名: 林钧泽 2026年7月13日                                                                                                                                 |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                         | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 林钧泽 2026年7月13日                                                                        |    |                                             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                            |                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br><br>同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 1 万 仟 一 佰 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 林钧泽 2026年7月27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: 罗                           | 性别: 女 | 年龄: 13 |
| 病种: 先天性心脏病 房间隔缺损 治疗医院: 中国人民解放军总医院 |       |        |

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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 孙

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月28日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 罗 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

## 诊断证明

姓名: 罗 出生日期: 2013-07-21 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 一 身份: 一般人员

入院日期: 2026-07-13

病情摘要: 1. 患者为儿童, 先天性疾病; 2. 主因“检查发现心脏杂音1年”入院; 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, 心包摩擦感未触及, 心音正常, 心率72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。4. 辅助检查: 外院心脏彩超提示: 房间隔缺损。入院后积极完善术前相关检查, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 房间隔缺损; 2. 心功能II级

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: 郑锺 2026-07-13, 17:13  
南部战区总医院  
(诊断专用章)



## 证明

兹有三板桥村委会 村民罗 性别：女，民族：汉族，身份证号 家庭人口 4 人，罗 在柏林乡 就读六年级，患先天性心脏病；父亲罗 患高血压，在家务农，收入不稳定；母亲孙 在家务农，患高血压、脑梗、颈椎；哥哥罗 患高血压，因摔倒导致手骨折，至今不能做重活。家庭开支大，收入低，生活困难，特此向贵单位申请办理相关手续，望给予办理为谢。

特此证明！





