

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: 2024459

申请日期: 2024年8月14日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	李		男	2022.8.21			贵州黔东南		
	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、肺动脉狭窄、主动脉瓣狭窄、房间隔缺损、肺动脉导管未闭		南部战区总医院	2023.1	12万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 疾病类型和级别:	
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 60%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 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		
	父亲	李	26	正常					
	母亲	何	25	正常					
申请救助理由(请详细描述)	尊敬的各位领导: 我叫何, 现年25岁, 贵州黔东南人, 患有先天性心脏病, 病情较重, 由于父母一人有智力障碍, 母亲在家带孩子无收入, 无法承担手术费用, 一直拖到现在, 这次赶上大爱救心, 这次求助本人非常荣幸, 感谢所有的爱心人士和医务工作者们给我们这次机会。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何, 2024年8月14日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为右位心+单心室+大动脉转位+肺动脉狭窄+房间隔缺损+主动脉导管未闭, 拟行手术治疗, 费用约12万。 医师签名: 张, 2024年8月14日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 伍仟元) (拾元 角 分) 负责人签名: 王, 2024年8月14日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元) (拾元 角 分) 负责人签名: 王, 2024年8月21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: 李 [redacted] 性别: 男 年龄: 1岁11月
病种: 先天性心脏病 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), 将作为李 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年8月26日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 李 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 李 出生日期: 2022-08-21 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2024-08-11

病情摘要: 1. 幼儿, 幼年发病, 慢性病程; 2. 体检发现先天性心脏病1年半余; 3. 查体: 口唇红润, 双肺听诊呼吸音稍粗, 心前区无隆起及凹陷, 可触及震颤, 心尖搏动于第四肋间右锁骨中线上, 搏动范围正常, 心相对浊音界稍扩大, 心率94次/分, 心律齐, 胸骨右缘第3肋间可闻及收缩期粗糙吹风样杂音III/6级, 双下肢无水肿。; 4. 辅助检查: 外院心脏彩超提示: 复杂先心, 单心室, 大动脉异位, 肺动脉狭窄, I孔型房间隔缺损, 动脉导管未闭, 右位心

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1单心室 1.2大动脉异位 1.3肺动脉狭窄 1.4房间隔缺损 1.5 动脉导管未闭 1.6右位心 1.7心功能III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
2024-08-14
南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有 [redacted] 村民李 [redacted] 男、彝族、身份证号码：[redacted] 家庭人口 4 人，劳动力 2 人，由于李 [redacted] 患先天性心脏病，父母经常到处求医问诊无法外出务工，无固定经济来源，目前家庭经济困难，属于我村低收入家庭，望给予办理相关手续为谢！

特此证明

开具部门：威宁县猴场镇新建村村民委员会

联系人：罗泽云

联系电话：[redacted]



威宁县猴场镇新建村村民委员会

2024年8月7日



