

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: 2025042

申请日期: 2025年 1月 7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2023年6月8日			广东省普宁市赤岗镇新丰村	
	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
	室间隔缺损		普宁市中医院	2023年	5万元			☐ 是 ☒ 否
	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	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 3 名;		
	父亲	陈	32	好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元		
	母亲	许	26	好		3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 无 辆小车		
						4、家庭困难类型: 贫困户		
						☒ 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): 因收入困难、家庭经济全靠自己打工生活、妻子也无收入、靠打工、收入不够家庭生活、住房太小、兄弟多人、小孩得此先天性心脏病、父亲在家务农、身体有胃病、母亲身体虚弱、无法做工。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年12月22日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	室间隔缺损 已做手术费用5万元							
	医师签名: 华 2025年1月7日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元整)								
负责人签名: 2025年1月7日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 5000.00 元 (大写: 五千元整)								
负责人签名: 林 2025年1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：陈 性别：女 年龄：2
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），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）：陈

电话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电话：

经办人：周其明

电话：13822279383

日期：2015年1月21日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 陈 科: 心胸外科心外病区 床号: 81 ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 陈 出生日期: 2023-06-08 性别: 女 科: 心胸外科心外病区 床号: 81

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-01-07 出院日期: 在院 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 患者幼儿, 先天性疾病; 主因检查发现心脏杂音1年余入院; 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, 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109次/分, 心律齐, 胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音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, 双下肢无水肿; 辅助检查: 心脏超声(普宁市中医院 2024-08-16): 先天性心脏病: 室间隔缺损, 左房增大; 心脏超声(2025-01-08): 先天性心脏病: 室间隔缺损(嵴下型) 左室收缩及舒张功能正常 CDFI显示: 室水平左向右分流;

当前诊断: 1. 先天性室间隔缺损; 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: 毕海

2025-01-08

南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市赤岗镇彰宁村民委员会

证 明

兹有我村村民陈[REDACTED]，女，身份证号码：
[REDACTED]，父亲陈[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，在外务工。母亲许[REDACTED]，女，身份证
号码：4[REDACTED]，在家务农。陈[REDACTED]与许[REDACTED]共
生育3个子女，全家靠父亲陈[REDACTED]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

彰宁村委会

2024年12月23日



