

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: 2025315

申请日期: 2025年6月22日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	苏		女	2024.1.24			湖南株洲市醴陵市	
	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 动脉导管未闭		南阳市中心医院	2024.3月	3万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 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: 住房困难 ☒ 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 苏	35	健康					
母亲 程	30	健康						
申请救助理由(请详细描述)	苏, 于出生时满月做超声心动图异常, 到6月大两岁时在长沙市儿童医院确诊患有先天性心脏病、动脉导管未闭, 因当时年龄较小, 经医生建议, 没同意手术, 2025年复查病情加重, 且严重, 为阻止其继续恶化人工介绍有基金会资助贫困儿童先天性心脏病项目申请。现家有4口人, 父亲于2020年外出湖南打工不挣钱和母亲在外打工也是在劳务打点零工。现妻子怀孕二个月, 母亲要照顾孩子均没有文化水平, 家庭条件差, 收入困难, 所以想请基金会给予资助困难儿童救助项目基金申请批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 苏 2025年6月22日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为动脉导管未闭, 手术费用3万 医师签名: 程林 2025年6月27日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 5000 元(大写: 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王勇 2025年6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: 伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林德辉 2025年6月30日 秘书处							



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: 苏 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁5月
病种: 先天性心脏病 主动脉瓣关闭不全 治疗医院: 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), 将作为苏 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 苏 [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: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 7月1 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 苏 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名: 苏 出生日期: 2024-01-24 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 无 身份: 一般人员

入院日期: 2025-06-26

病情摘要: 患者为幼儿, 先天性疾病; 主因“发现心脏杂音1年”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, 心包摩擦感未触及, 心音正常, 心率112次/分, 心律规则, 胸骨左缘第2-3肋间可闻及粗糙喷射样收缩期杂音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。拟入院后完善相关检查, 待排除手术禁忌后, 择日行外科手术治疗。

当前诊断: 1. 动脉导管未闭; 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: 薛楚卿/郑婧 手签 2025-06-26 16:44
南部战区总医院
(诊断证明专用章)
诊断证明专用章



家庭情况说明

兹有我稼依镇阿控村委会 村民苏正龙，身份证号码 年龄 35 岁，苗族，普通动力，家有 4 口人，分别为苏 及母亲李 普通动力、配偶杨 普通动力、女儿苏 幼女无劳动力，家住云南省文山壮族苗族自治州砚山县稼依镇阿控村委会 属于一般农户，因女儿苏 患先天性心脏病治疗花费较大，且近年来家庭收入以务农为主，无力承担医疗费用。

特此说明

砚山县稼依镇人民政府

2025 年 6 月 23 日



