

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: 2025343

申请日期: 2025 年 7 月 3 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	项	女	2018.7.17		广东省广州市从化区		
	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
	先天性房间隔缺损	南部战区总医院	2021.6	5000			☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 70 %	☐ 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 2 名;		
	项	33	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000 元		
	项	30	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）	4、家庭困难类型: ☒ 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						
	申请人签名: 项 2025 年 7 月 3 日 申请救助理由（请详细描述）: 申请人项某，女，33 岁，住广州市从化区，因妻子是越南籍，出入受限，在家务农，她没有固定收入，常年在家务农，偶尔打点零工来维持，家庭日常开销和两个孩子的生活费，加上女儿的医药费用，为了改善家庭情况，本人还向当地农村信用社贷款了 50000 元来发展养殖，但是突然的变故，遭遇损失惨重，无力回本，每月都出现严重的资金缺口，这微薄的收入尚不足维持家庭的生活开销。 本人保证上述情况完全真实。						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:						
	医师签名: 项 2025 年 7 月 7 日 医院意见（盖章）:						
	建议给予医疗救助金 ¥ 500 元（大写: 伍佰元整） 负责人签名: 项 2025 年 7 月 7 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万零贰佰零拾元整） 负责人签名: 项 2025 年 7 月 7 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: 項	性别: 女	年龄: 7 岁
病种: 先天性房间隔缺损 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为项 的治疗费用。

受助人 (监护人): 項

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 7 月 15 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：项 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号 住院号：

诊断证明

姓名：项 出生日期：2018-07-17 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：2025-07-07

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4年余”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（2020-5-26）：房间隔缺损（继发孔型），长度约9.5mm。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 2025-07-07, 15:06
南部战区总医院
(诊断专用章)



住院服务病后随访

证 明

兹有金厂镇中寨村委会[REDACTED]村民, 姓名: 项[REDACTED]
女, 身份证号: [REDACTED], 经查询云南省城乡社
会救助信息系统, 每月享受农村最低生活保障 C 类, 家庭低
保证号: [REDACTED]

特此证明。



