

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：2025392

申请日期：2025年7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                      |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 夏                                                                      | 女                                            | 2024年7月24日                      |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             | 贵州省毕节市威宁                   |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 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                                                                  | 南部战区总医院                                      | 2024.9月                         | 4.5万                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别： |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                               |                                                                        | <input checked="" 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 3 名；<br>2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 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 夏                                                                   | 35                                           | 健康                              |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 母亲 赵                                                                   | 31                                           | 健康                              |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
| 申请救助理由（请详细描述）：<br>尊敬的广东公益恤孤助学促进会：<br>您好！<br>我是申请人夏，现为我患重症的孩子申请贵会的救助。我的孩子夏，现今年9个月，自2025年5月3日被确诊为先天性心脏病。目前孩子治疗还需大笔费用，而我们夫妻收入微薄，仅能维持基本生活。现无力承担巨额医疗费用，恳请贵会救助。<br>此致 敬礼！<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名：夏 2025年5月8日 |                                                                        |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                      | 疾病诊断及治疗（费用）：<br>室间隔缺损，需行外科手术。<br>预估手术费用4.5万                            |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 医师签名：罗科                                                                |                                              | 2025年7月14日                      |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                           | 医院意见（盖章）：<br>建议给予医疗救助金 ¥ 1000 元（大写：壹仟元零拾元零角零分）<br>负责人签名：王德松 2025年7月14日 |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |
| 广东公益恤孤助学促进会意见：<br>同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写：伍仟元零拾元零角零分）<br>负责人签名：孙海清 2025年7月28日                                                                                                                                |                                                                        |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                              |

16:57 美团

5G 5G

< 1 重症病童救助款收据 (夏明斯可).doc ...

文件预览



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: 夏 性别: 女 年龄: 1  
病种: 先天性室间隔缺损 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), 将作为夏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 夏

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: 1892452214

日期: 2025 年 7 月 29 日

日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 夏 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号: 住院号:

## 诊断证明

姓名: 夏 出生日期: 2024-07-24 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: 2025-07-14 出院日期: 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 1. 患儿女性。慢性起病。2. 患者出生后行体格检查, 行心脏听诊发现心脏杂音, 遂于当地医院行心脏彩超检查提示: “室间隔缺损(隔瓣后型), 三尖瓣中度返流, 卵圆孔未闭, 双上腔静脉” 3. 查体: 胸骨左缘第3、4肋间可闻及粗糙喷射样收缩期杂音III/6级

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损(隔瓣后型) 1.2三尖瓣中度返流 1.3卵圆孔未闭 1.4双上腔静脉 2. 心功能II级;

医生意见: 拟入院完善术前检查, 排除手术禁忌后择期手术治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 吴涵潇

2025-07-14, 12:11

南部战区总医院  
(诊断专用章)



## 证 明

兹有我社区居民：夏 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED]  
[REDACTED] 父亲：夏 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED]  
[REDACTED] 在威宁县城周边务零工。母亲：  
赵 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 在家务农。夏  
[REDACTED] 与赵 [REDACTED] 共生育3个子女，全家靠父亲夏 [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

开华社区居民委员会

2025年5月8日



