

## 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: 2025428

申请日期: 2025年8月13日

|                                          |                                                                                                                                            |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                     | 姓名                                                                                                                                         | 性别                                  | 出生年月                               | 身份证号码                              | 户籍所在地                                                                                                                                                                        |                            |                                                                              |
|                                          | 官                                                                                                                                          | 女                                   | 2014.3.12                          |                                    | 广西.贺州                                                                                                                                                                        |                            |                                                                              |
|                                          | 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<br>房缺                                                                                                                               | 南部战区总医院                             | 2025.7.31                          | 4万元                                |                                                                                                                                                                              |                            | <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 type="checkbox"/> 新农合<br>50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>%                                                                                                                                           | <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 <u>3</u> 名;                                                                                                                                                      |                            |                                                                              |
|                                          | 父亲<br>官                                                                                                                                    | 45                                  | 良好                                 |                                    | 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>1万</u> 元                                                                                                                                                  |                            |                                                                              |
|                                          | 母亲<br>李                                                                                                                                    | 43                                  | 良好                                 |                                    | 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车                                                                                                                            |                            |                                                                              |
|                                          |                                                                                                                                            |                                     |                                    |                                    | 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 |                            |                                                                              |
| 申请救助理由(请详细描述)                            | <p>我家有3个小孩,三个小孩都有先天性心脏病,没有固定家庭收入偶尔打零工,其它两个小孩已做过心脏手术,现第三个小孩又要手术,因费用问题,导致家庭困难,希望爱心单位给予帮助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 李 2025年8月13日</p> |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
| 医院填写                                     | 疾病诊断及治疗(费用): 患有入院后诊断为房间隔缺损,需行心脏外科手术治疗,预估手术费用4.5万                                                                                           |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
|                                          | 医师签名: 颜海 2025年8月12日                                                                                                                        |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
|                                          | 医院意见(盖章):                                                                                                                                  |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
|                                          | 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元(大写: 壹万 0 仟 0 佰 0 拾 0 元 0 角 0 分)                                                                                        |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
|                                          | 负责人签名: 王屋恒 2025年8月12日                                                                                                                      |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                           |                                                                                                                                            |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
| 同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 五 仟 零 拾 元 零 角 零 分) |                                                                                                                                            |                                     |                                    |                                    |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                              |
| 负责人签名: 2025年8月18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：官 性别：女 年龄：11岁  
病种：先天性心脏病 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），将作为宣 治疗费用。

受助人（监护人）：李

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代  
表等）： /

电 话： /

经办人： 林佐裕

电 话：18924052214

日 期：2025年8月19日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 官

科室: 心胸外科心外病区

床号

ID号

住院号

## 诊断证明

姓名: 官 出生日期: 2014-03-12 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 一 身份: 一般人员

入院日期: 2025-08-13

病情摘要: 1. 患者为幼儿, 先天性疾病; 2. 主因“间断胸痛2月, 发现房间隔缺损2周”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124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III/6及, 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: 心脏彩超提示: 房间隔缺损。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

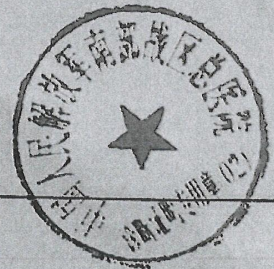
医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 郑婧

郑婧

2025-08-14, 17:50

南部战区总医院  
(诊断专用章)



## 证 明

兹有我村村民官 (女，身份证号：  
)，父亲官 (男，身份证号码：  
)，在外务工。母亲李 (女，身份证号  
) 在家务农。官 与李  
共生育 3 个子女，全家靠父亲官 务工维持基本生活，现  
由于官 就医问题给家庭造成较大的经济压力，恳请贵爱  
心单位给予帮助。

特此证明



