

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: 2025429

申请日期: 2025年 8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	
	刘	男	2022.9.24			贵州省威宁县	
	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
	先天性缺损	南部战区总医院	2025.3	4.5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: 先天性心脏病
病童家庭情况	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
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 7 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 12000 元 3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 无辆小车 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		
申请救助理由(请详细描述)	患有贵州省毕节市威宁县 由于家庭经济困难,主要收入来源于务农为主,收入低,加上这几年花费大量医药费用,母亲又有高血压需要吃药来维持自己也摔折了,尚未完全恢复,行动不便,无法支出大量医药,家庭人口较多,全家靠刘 一人务农维持基本生活开支,还有七个孩子要抚养,五个孩子读书,两个在家需要纸尿裤等花销,一个也快到上学的年纪,七个孩子的花销大,长久之来经济困难,难以维持,生活压力大,因儿子刘 患有心脏病,需要不断检查医药无承担我儿子刘 本人保证上述情况完全真实。金寿才木费,因此希望得到上级政府相关部门的支持与助力! 申请人签名: 刘 2025年 8月 12日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 贵入院后诊断为先天性间隔缺损,需行心脏外科手术治疗,预估手术费用4.5万 医师签名: 罗村 2025年 8月 12日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟圆拾元零角零分) 负责人签名: 罗村 2025年 8月 12日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万圆零仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 刘 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:	刘	性别:	男	年龄:	3
病种:	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），将作为刘 治疗费用。

受助人（监护人）: 耿

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: /

电 话: /

经办人: 林佳韵

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: 刘 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名: 刘 出生日期: 2022-09-24 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-08-09

病情摘要: 1. 患者为儿童, 先天性疾病; 2. 主因“发现心脏杂音5月”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: 我院心脏彩超提示: 房间隔缺损, 长度约14mm。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: 郑销

2025-08-11 14:59

南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我村村民刘 男，身份证号码 电
话号码 该户目前共同居住人口为 10 人，全部均享受
农村低保政策。

刘朝相

搜索

待办

流程中

已办结

刘

审核通过

申请区划

贵州省毕节市威宁彝族回族苗族自治县

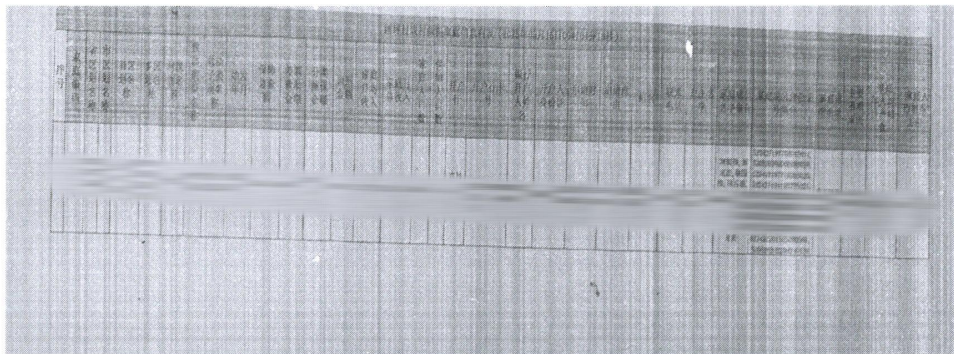
救助类型

农村最低生活保障

业务事项

动态调整

详情



秀水镇新坪村村民委员会

2025 年 8 月 6 日

