

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: 2025691

申请日期: 2025年12月10日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| 病童资料 | 姓名 | | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 |
| | 黄 | | 女 | 2023.5 | | | 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 |
| | 自闭症 | | 南明区总医院 | 2025年3月 | 45万 | | |
| 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 | 是否残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: / |
| 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5~6万元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 | | |
| | 父亲 黄 | 27 | 健康 | | | | |
| | 母亲 黄 | 25 | 健康 | | | | |
| 申请救助理由(请详细描述) | 由于黄 患有先天性心脏病、经常性肺炎、生病开销大、家庭经济收入低、仅靠母亲务工为主要收入来源。另有两名子女在校就读。特此申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年12月1日 | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为自闭症, 需长期治疗。 预计总费用 45万 | | | | | | |
| | 医师签名: 罗林 2025年12月11日 | | | | | | |
| | 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王军 2025年12月11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 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周基明 2025年12月22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: 蒙 [redacted] 性别: 女 年龄: 2岁7个月
病种: 先天性心脏病房间隔缺损 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为黄 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 夏 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月22日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 黄 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名: 黄 出生日期: 2023-05-19 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: 2025-12-11

病情摘要: 患儿2025年3月份左右因反复发烧咳嗽至六盘水市儿童医院就诊, 行超声检查提示: 房间隔中部可见左向右红色分流束, 宽约4mm, 室间隔及左室壁厚度正常, 运动协调, 收缩幅度正常。建议手术治疗, 因其他原因暂未行手术治疗。患者体质尚可, 无紫绀、无行走蹲踞; 现为进一步诊治, 就诊于我院门诊, (2025-12-11 11:07)行超声检查提示: 先天性心脏病: 房间隔缺损(中央型), 左室收缩及舒张功能正常。CDFI显示: 房水平左向右分流。建议外科手术治疗, 门诊以“房间隔缺损”收入我科。患者自患病以来, 精神尚可, 体力正常, 食欲正常, 体重无明显变化大小便正常。入院后完善相关检查检验, 无相关禁忌症, 择期行手术治疗。

当前诊断: 1. 房间隔缺损;

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: 毕海跃
2025-12-11

南部战区总医院
(诊断专用章)



证明书

兹有我村村民黄 户，该户家庭人口 6 人，户主黄 男，身份证号
在家务农。妻子杨 女
在家务农。儿子黄 身份证号 在威宁自治县羊街
镇 上班。儿媳夏 在威宁自治县羊
街镇 上班。孙女，黄 女，身份证号 在
威宁自治县羊街镇 上四年级。孙女黄 女，身份证号
在威宁自治县羊街镇 上学。该户家庭
收入靠儿子儿媳上班维持基本生活，孙女黄 患有先天性心脏病、经常性肺炎，
生病开销大，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。



