

## 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: 2025692

申请日期: 2025年12月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	胡	男	2013年8月			江西省吉安市吉州区	
	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
	先天性心脏病	南康区总医院	2013年8月	800			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 50 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 无	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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 三万六千 元; 3、固定资产: 钢筋 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车; 4、家庭困难类型: <input 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	48	正常				
母亲	/	/	/				
申请救助理由(请详细描述)	<p>我在江西吉安市地务工,收入较低,独自照顾儿子生活及读书,生活困难. 我儿出生就被查出患有先天性心脏病,妻子因此事离异. 我本人初中毕业一直在老家靠摆摊为生,收入极低. 曾多次带孩子医治,因资金不够,我本人初中毕业一直在老家靠摆摊为生,收入极低. 曾多次带孩子医治,因资金不够. 我儿现在病情严重,我这么多年的积蓄也是杯水车薪,无力支撑高额手术费用. 希望得到您的帮助,谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 胡 2025年12月12日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): <p>该病人为先天性心脏病,治疗费用约8万元</p> <p>医师签名: 余红 2025年12月15日</p>						
	医院意见(盖章): <p>建议给予医疗救助金 10000 元(大写: 一万元零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 余红 2025年12月15日</p>						
广东公益恤孤助学促进会意见: <p>同意救助 10,000.00 元(大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 周其明 2025年12月22日</p> <p>秘书处</p>							



廣東公益恤孤助學促進會  
Orphan Education Society Guangdong

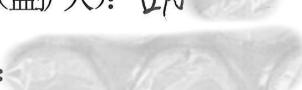
重症病童救助款收据

病童姓名: 胡  性别: 男 年龄: 12

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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为胡  的治疗费用。

受助人(监护人): 胡 

电 话: 

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): 

电 话: 

经办人: 林伟强 

电 话: 18924052214

日 期: 2014年12月23日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 胡

科室: 心胸外科心外病区

床号

ID号

住院号

## 诊断证明

姓名: 胡 出生日期: 2013-08-23 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号

入院日期: 2025-12-15

病情摘要: 患者青少年男性, 系先天性心脏病, 因“发现先天性心脏病12年余。”入院。患者出生时体检发现先天性心脏病(三尖瓣下移畸形、房间隔缺损), 患者家属当即未予以重视, 至今未予以特殊处理, 现患者为求进一步诊疗来我院门诊就诊, 门诊以: “三尖瓣下移”收入我科。患者自发病以来, 精神食欲一般, 睡眠一般, 小便无明显异常, 大便正常, 体重无明显变化。

当前诊断: 1. 先天性心脏病 1.1三尖瓣下移畸形 1.2房间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见: 拟行手术治疗。

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 余剑 手签: 余剑

2025-12-15 14:00

南部战区总医院

(诊断专用章)



户主姓名	刘	性别	男	出生年月	2013.8
身体状况	正常	家庭人口	3	财产情况	一
月人均纯收入	一	户月保障金额	3	保障类别	D
户籍所在地	河南省舞钢市			保障人口	1
身份证号码					

家庭成员情况

姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	收入情况

批准机关:舞钢市社会救助局(印)

编号:4114011614

发证日期:2022.05.05



扫描全能王 创建

