

# 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	南城县医院	2013年8月	80			<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 两套房子; 两辆摩托车; 一辆小车 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 胡	48	正常		
	母亲				

申请救助理由(请详细描述):

我在江西吉安南地籍工,收入较低,独自照顾儿子生活活及读书.生活困难.我儿出生就被查出患先天性心脏病.由于因此事导致.我本人初中毕业一直在老家靠摆摊为生.收入极低.曾多次想带孩子去医院治疗因资金不够延至今日.我儿现在病情严重,我这么弱的根基也是杯水车薪无力支持高额手术费用.希望得到爱心人士资助.谢谢!

本人保证上述情况完全真实.

申请人签名: 胡 2025年12月12日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	该病初起时诊断为先天性心脏病(80元)
	医师签名:	2025年12月15日
	医院意见(盖章):	
	建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)	
	负责人签名:	2025年12月15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: 周其明. 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: 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:

电 话:

日 期:

林伟毅

18924052214

2024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

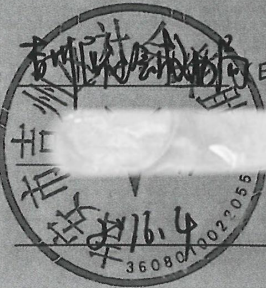
经治医师：余剑 手签：余剑  
2025-12-15 14:00  
南部战区总医院  
(诊断专用章)







批准机关：



编号：

发证日期：

户主姓名	胡	性别	男	出生年月	2013.8
身体状况	无	家庭人口	3	财产情况	—
月人均纯收入	—	户月保障金额		保障类别	D
户籍所在地	胡	乡镇		保障人	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



扫描全能王 创建

