

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026446

申请日期: 2026年6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			
	罗		女	2014.3.9			广东五华县			
	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		
	先天性心脏缺损+肺动脉高压		南都线	2016.5月	6万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 智能障碍级		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 无					
			☐ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 无					
			☐ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 无					
申请救助理由（请详细描述）	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名;				
	父亲	罗	63	二级残疾		2、家庭年收入（不含政府补贴）2000多元				
	母亲	无	/	/	/	3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:		罗		2026年6月17日		4、家庭困难类型:			
	罗		2026年6月16日		2026年6月16日		☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明;			
	罗		2026年6月16日		2026年6月16日		☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2026年6月17日 疾病诊断及治疗（费用）: 罗 2026年6月16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 角 分） 负责人签名: 罗 2026年6月16日 广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元（大写: 壹万伍仟元） 负责人签名: 罗 2026年6月29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: 罗 性别: 女 年龄: 12
病种: 先天性心脏病 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 6 月 30 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：罗 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

入院日期：2026-06-08

病情摘要：患者4岁时行体格检查，行心脏听诊发现心脏杂音，遂于当地医院行心脏彩超检查提示：“室间隔缺损，卵圆孔未闭，重度肺动脉高压”，当地医院考虑重度肺动脉高压未予手术治疗，患者发育尚可，有紫绀。为进一步诊断治疗，在我院门诊拟诊断为“先天性室间隔缺损”收入院。患儿自患病以来，精神一般，食欲可，睡眠正常。体重随年龄变化，大小便正常。入院检查：外院心脏超声：室间隔缺损，卵圆孔未闭，重度肺动脉高压。入院后完善相关检查：(2026-06-15 16:16)行CT(血管重建)检查提示：先天性心脏病(室间隔缺损)；肺动脉高压。(2026-06-09 09:06)行超心外检查提示：先天性心脏病：室间隔缺损(膜部-嵴下型)；肺动脉高压；左室收缩及舒张功能正常；CDFI：室水平双向分流(2026-06-08 17:16)行放射(胸腹部)检查提示：双肺纹理增粗，余心肺膈未见明显异常，请结合临床及超声检查(详上)。右心导管检查：肺循环阻力：46wood。考虑患者重度肺动脉高压，予降肺动脉压保守治疗。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2卵圆孔未闭 1.3重度肺动脉高压 2. 心功能II级

医生意见：继续住院治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：吴涵潇 手签：吴涵潇
2026-06-17



五华县华城镇万子村民委员会

证明

兹有我村村民 罗

女，身份证号码：

其本人患有残疾，患有先天性心脏病，其父亦身患智力二级残疾，是我村低保家庭成员，其父亲无固定职业，在家务农，无其他经济来源，依靠政府救济渡日。生活极端困难。

情况属实

特此证明

经办人：罗



