

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: 202651

申请日期: 2026 年 7 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	田		男	2025.9.18			河南省项城市	
	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		南部战区医院	2025.11.5	500			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 4 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 34000 元 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 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		
	父亲	田	40	正常				
	母亲	陈	36	正常				
申请救助理由（请详细描述）： 田（父亲）陈（母亲）之子田患有先天性心脏病，需接受治疗。因家庭困难，特此向儿童福利基金会申请资助。家庭情况如下：包括一位七十岁体弱多病的老人，两个未成年子女（6岁、3岁）以及重子陈，与前夫所生之子（陈），均由母亲陈全职照料，无额外劳动收入。家庭经济来源，依靠父亲田在广东务工的收入，家庭经济困难，无力承担患儿先天性心脏病的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 7 月 6 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 室间隔缺损 预计医疗费用 5000 元							
	医师签名: 郑金明 2026 年 7 月 6 日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥10000 元（大写: 壹万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 郑金明 2026 年 7 月 6 日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥5000.00 元（大写: 五 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 郑金明 2026 年 7 月 13 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: 田 性别: 男 年龄: 九个月
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 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元), 将作为田 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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: 2016年 7月15日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：田 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：田 出生日期：2025-09-18 性别：男 科室：心胸外科心外病区 床号：

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2026-07-03

病情摘要：1. 患者为幼儿，先天性疾病；2. 主因“发现心脏杂音8月余”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129次/分，心律规则，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音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：（2026-06-07，广东省人民医院）心脏彩超检查提示：“1. 室间隔缺损（干下型）（大小6.3mm）；2. 卵圆孔未闭（大小1.5mm）；3. 肺动脉瓣血流速度稍增快（Vmax1.9m/s）。”入院后完善相关检验检查，做好各项术前准备，拟择期行手术治疗。

当前诊断：1. 先天性心脏病： 1.1室间隔缺损（干下型） 1.2卵圆孔未闭；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



困难家庭证明

兹有河南省项城市丁集镇田庙村村民田（父亲）、陈（母亲）之子田（男，8个月），患有先天性心脏病，需接受治疗。

该家庭共6口人，包括一位七十岁体弱多病的老人、两个未成年女儿（6岁、3岁），均由母亲全职照料，无额外劳动收入；全家经济来源仅依靠父亲在广东务工的收入，家庭经济困难，无力承担患儿先天性心脏病的治疗费用。

情况属实，特此证明！



