

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: 2026806

申请日期: 2026年10月1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2025.09.25			贵州省毕节市威宁县	
	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
	(先天性脑瘫)		南明区妇幼保健院	2025.10.17	4.5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
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;		
	父亲	王	31	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
	母亲	陈	27	健康		3、固定资产: 自建房屋一套; 无 辆摩托车; 无 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		本人王, 威宁县永丰镇村民, 男, 汉族, 身份证号码: [redacted]。患有先天性心脏病, 病情严重, 因家庭经济困难, 为了让孩子得到及时治疗, 特申请救助。望给予帮助为谢。 孩子出生后, 因早产, 患有先天性心脏病, 8岁起开始服药, 每月需要医疗费用4000元。孩子长期吃药, 身体弱, 需要住院治疗和照顾。本人只能靠打工维持生活, 无法承担孩子的医疗费用。望给予帮助为谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [redacted] 2026年10月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断为先天性脑瘫, 预估手术费用4.5万。							
	医师签名: [redacted]				2026年10月10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 分)								
负责人签名: [redacted] 2026年10月10日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万元整)								
负责人签名: 林钧泽 2026年10月12日 秘书处								



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: 王 性别: 男 年龄: 1岁
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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮晓

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月14日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 王 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名: 王 出生日期: 2025-09-25 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 一 身份: 一般人员

入院日期: 2026-10-09

病情摘要: 1. 患者为儿童, 先天性疾病; 2. 主因“发现室间隔缺损2周”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105次/分, 心律规则, 胸骨左缘第3、4肋间可闻及喷射样收缩期杂音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: 心脏彩超提示 (26-10-10): 室间隔缺损。入院后积极完善术前相关检查, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 室间隔缺损; 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

经治医师: 郑锴 2026-10-10, 16:03 南部战区总医院 (诊断专用章)



此证明仅供医院使用

2026.9.18

贵州省低收入人口动态监测信息平台查询结果

申请人：王

查询时间：2026年9月18日（有效期15天）

查询单位：贵州省毕节市威宁彝族回族苗族自治县

序号	姓名	身份证号	与户主关系	低收入人口类别	保障状态
1	王		本人/户主	单人保	是

注：本次查询依据贵州省低收入人口动态监测信息平台数据，请当场核实查询结果，如信息有误请及时告知经办人员核实处理。如隐瞒不报或提供虚假信息自行承担法律责任。

