

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: 2024299

申请日期: 2024年5月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2021.8			广西柳州	
	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
	神经母细胞瘤	中山大学附属第一医院	2024.1.18	一百万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 <u>40</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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	黄	38	良好	
	母亲	覃	37	良好	

申请救助理由(请详细描述):
我儿子黄 于2024年1月不幸患上儿童癌症之王神经母细胞瘤,治疗过程复杂需要化疗8期手术,放疗,移植免疫治疗,费用高达100多万元,并且预后不确定复发率高,现在治疗到第四期化疗后引发毒血症休克并引起并发症,心脏衰竭,脑水肿,于2024年4月20日紧急进入ICU重症治疗至今昏迷未醒,重症费用每天上万元的医药费让普通家境的我无力承担,并且后续还要承担高额的治疗费用,为了孩子不得不寻找救助基金会的帮助。
本人保证上述情况完全真实。
申请人签名: 覃 2024年5月24日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.肺水肿 2.心力衰竭 3.呼吸衰竭 4. MODS 5.神经母细胞瘤 6.重症肺炎 7.肺水肿 8.颅内压增高(脑疝) 9.喉头水肿 10.低氧血症 11.低体温症,病情危重,生命体征不稳定,抢救费用一百万元。
	医师签名: 李 2024年5月24日
	医院意见(盖章): 情况属实,请求救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁 万 零 佰 元 零 角 零 分) 负责人签名: 苏 2024年5月24日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 马 2024年6月17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: 黃[模糊] 性别: 男 年龄: 2岁10个月

病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为黃[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 李[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年6月19日



姓名：黄

科别：儿科ICU

床号：

住院号：

住院患者情况说明

姓名：黄

性别：男

年龄：2岁9科别：儿科ICU

床号：

住院号：

目前诊断：脑水肿

心力衰竭

心肺复苏术后

多器官功能不全综合征（MODS）

神经母细胞瘤（左侧肾上腺）

毛细血管渗漏综合征

肺水肿

胸腔积液（双侧）

蛛网膜下腔出血

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊神经母细胞瘤3月余”入院。患儿3月余前确诊“神经母细胞瘤”，因化疗后骨髓抑制合并“脓毒血症、脓毒性休克、多器官功能障碍、心力衰竭、蛛网膜下腔出血”转入当地PICU，予气管插管有创呼吸机辅助通气、抗感染、心肺复苏、血浆置换、持续CRRT、升压、强心等治疗后血压仍不稳定，为进一步治疗转入我院。患儿合并意识障碍、脑水肿、心力衰竭等多器官功能不全，病情危重，需继续重症监护治疗。



证明

兹证明 黄 (身份证号码:)

家庭住址: 柳州市 ,

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年05月01日

该证明开具日期为2024年05月17日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	黄		05月	2024年05月01日
2	覃		05月	2024年05月01日
3	黄		05月	2024年05月01日
4	黄		05月	2024年05月01日



