

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: 2024685

申请日期: 2024年11月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2018.5.12			广东省	
	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
	自免性脑膜炎		中山一院	2024.11.9	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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 3 名;		
	父亲	黄	37	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元		
	母亲	陈	36	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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		
申请救助理由(请详细描述)		患者黄, 今年6岁, 2024年11月9日确诊自免性脑膜炎, 因病情严重一直在中山一院PICU治疗, 目前住院2天, 产生费用8万多, 自费药及外送检查近4万, 医生建议使用靶向药治疗(一个疗程自费3万多), 后期还要长期重症监护室治疗, 费用预估30万, 父母都在医院家庭没有收入, 还有两个孩子上学, 实在无力支撑黄的治疗费, 特向基金会求助, 望批复, 万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2024年 11 月 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		诊断为自身免疫性脑炎 治疗: 主要后期尚需4次血浆置换、以及靶向药治疗 费用尚需数十万元。					
	医师签名:		2024年 11 月 29 日					
	医院意见(盖章):		病情属实, 请予救助。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 元 正) 负责人签名: 蔡 2024年 12 月 2 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: 郭 2024年 12 月 16 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 性別：女 年齡：6 岁

病种：自免性脑膜炎 治疗医院：中山一院

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），将作为黄 的治疗费用。

受助人（监护人）：黃

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：周其明

电 话：

日 期：2024 年 12 月 17 日

日



姓名: 黄

科别: 儿科ICU

床号:

住院号:

出院患者疾病证明书

姓名: 黄 性别: 女 年龄: 6岁 出院科别: 儿科ICU

住院号:

入院日期: 2024年11月09日 出院日期: 2024年11月29日

出院诊断: 1. 自身免疫性脑炎, 2. 病毒性脑炎, 3. 不自主运动

入院情况及诊疗经过: 患儿因“行走不稳1周, 右侧不自主抖动2天”入院。入院经检查诊断“自身免疫性脑炎”, 予抗病毒、激素冲击、IVIG冲击、血浆置换、靶向药等治疗, 有颅内高压, 在儿科ICU监护治疗。



医师: 徐玲玲 / 蔡迪
2024年11月29日

海丰县黄羌镇建林村民委员会

情况说明

兹有我汕尾市海丰县黄羌镇建林村村民，性别男，身份证号[REDACTED]，其女儿黄[REDACTED]，身份证号[REDACTED]，患有自免性脑膜炎，其治疗费用巨大，因家庭生活困难，望相关部门及人事给予帮助为盼。黄[REDACTED]与黄[REDACTED]是父女关系，情况属实，特此说明。

汕尾市海丰县黄羌镇建林村委会
2024年11月21日

