

申请日期: 2025年 2月18日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	孙		男	2015.01.08			广西省南宁市宾阳县邹圩镇	
	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
	脑炎、难治性癫痫		广州市妇女儿童医疗中心	2024年12月10日	80万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
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		
病 童 家 庭 情 况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	孙	38	正常				
	母亲	黄	34	正常				
申请救助理由（请详细描述）		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>5 万</u> 元 3、固定资产： <u>1</u> 套房子； <u>1</u> 辆摩托车； <u>0</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						
我儿从2024年12月5日开始突发高烧抽搐昏迷不起，我们一路从家里叫120急救车送到镇上卫生院转到县城，在县城治疗几个小时后医生建议转上级医院，12月5日下午又转入县城人民医院转到广西南宁市妇幼保健院重症监护室治疗，在南宁市区妇幼治疗5天后情况也不乐观，医生又建议我们转到广州市妇女儿童医疗中心，12月10日我们历经万险来到了广州医院重症室，一直到现在，已经两个多月了，费用已经花费了60万左右，小孩的情况还是没有好转，医生说这个病治疗过程会很长，费用也少，食后也不吸收，我们都不知道怎么办了，能借的已经借了，已经山穷水尽了，所以我敢发起向你们求助，恳请你们能伸出援助之手，帮助我的孩子，给予我儿子战胜病魔，本人保证上述情况完全真实。的希望，在此谢谢你们，祝你们身体健康，万事如意！ 申请人签名：黄 2025年 2月 18日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）：		“病毒性脑炎，超级难治性癫痫持续状态”在PICU治疗，呼吸机支持，多种镇静药，抗癫痫药治疗，住院时间长，2024.12.10至今，总费用已达59388元，预计总费用80万。 医师签名： 年 2月 18日					
	医院意见（盖章）：		建议给予医疗救助金 <u>¥30000</u> 元（大写：叁万 千 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：何靖雯 慈善基金审批专用章 2025年 2月 20日					
广东公益恤孤助学促进会意见：		同意救助 <u>¥20,000.00</u> 元（大写：贰万 千 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：孙 2025年 3月 10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: 孙 [redacted] 性别: 男 年龄: 10 岁
病种: 脑炎、难治性癫痫 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为孙 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄 [redacted]

电 话: [redacted]

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: 2015 年 3 月 11 日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 孙[REDACTED] 性别: 男 年龄: 9岁 科别: 珠-PICU1组 床号: 005 住院号: [REDACTED]

诊断: 1. 脑炎（自免性脑炎？） 2. 感染相关性癫痫？ 3. 癫痫持续状态 3. 中枢性呼吸衰竭 4. 重症肺炎 5. 硬膜下出血（急性）（非创伤性）

医嘱及建议: 患儿因上述疾病于2024. 12. 10至今在我院住院治疗，特此证明。

医师签名: [REDACTED] / 冼彩霞 / 邱温俊

日期: 2025年02月12日 16:30:00



注: 1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。

低保证明

兹有我村村民孙[REDACTED]，性别男，身份证号为[REDACTED]，家庭住址为广西宾阳县邹圩镇[REDACTED]。该户为低保户，于2025年2月份开始享受低保待遇，低保类别为B档，每月低保金金额为235元。

特此证明。



