

“爱的分贝”救助申请表 (第三版)

类别：人工耳蜗救助

编号：

患者照片
(正面全身照)

听障儿童姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____

通信地址：_____

联系人 (监护人)：_____ 电话 (手机)：_____

监护人：_____ 电话 (手机)：_____

电子邮件：_____

申报日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申报告知书

1. “爱的分贝”资助申请表由中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝项目办公室制作并负责解释；
2. “爱的分贝”资助对象为 1-7 岁贫困家庭的听力障碍儿童；
3. 申请人的所有申报材料由申请人之法定监护人负责填报，并保证所有信息的真实性和完整性；信息不真实、不完整，不受理求助申请；
4. 本申报表的递交并不表示肯定获得资助；
5. “爱的分贝”公益项目办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到“爱的分贝”公益项目资助的听障儿童，在确定人工耳蜗植入医院后，相关款项将直接拨付至该医院或收款单位，所有款项不拨付至受助人个人账户。相关医院或收款单位在收到款项后需提供等额发票；
7. 本文件为“爱的分贝”人工耳蜗救助申请表，任何单位或个人不得挪作他用；
8. **如申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，爱的分贝将不予资助；**
9. 申请人之法定监护人在填写申报材料前需认真阅读并完全理解《申请救助须知》的内容，并同意《申请救助须知》所有告知事项；
10. 获得资助的听障儿童或听障儿童监护人均有义务和责任为项目办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合项目办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料；
11. 在申请资助期间如家长提出不再申请资助的，本申请文件即刻作废，并由“爱的分贝”项目管理办公室统一销毁；

我确认已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申报规定。

听障儿童监护人签字、手印：

年 月 日

一、基本信息

听障儿童姓名		性 别	
出生日期		民 族	
户籍所在地			
户口类型: <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			
家庭情况			
家庭年总收入		家庭人口	
家庭劳动力人口		当地人均年收入	
听障儿童监护 人求助申请 (请详细描述 求助理由)			
家庭收入证明 (没有固定收入的由户籍所在地的村委会或居委会加盖公章)	每月收入: 元	工作单位或雇主 (签字盖章)	
	证明人:	联系方式:	
家庭所在居委会/ 村委会	(签字盖章)		
	证明人 (意见):	联系方式:	
家庭所在地区街 道乡 (镇) 政府	(签字盖章)		
	证明人 (意见):	联系方式:	

二、听障儿童听力情况简述

听力障碍发现时间:	
听力障碍确诊时间:	听力障碍确诊医院:
听力情况	先天后天: <input type="checkbox"/> 先天性耳聋 <input type="checkbox"/> 后天性耳聋
	损失类型: <input type="checkbox"/> 传导性耳聋 <input type="checkbox"/> 感性神经性耳聋 <input type="checkbox"/> 混合型耳聋
	听力损失: 左耳_____右耳_____
已治疗情况	曾经治疗医院 1: _____ 治疗花费: _____
	曾经治疗医院 2: _____ 治疗花费: _____
	曾经治疗医院 3: _____ 治疗花费: _____
1.目前配带助听设备情况	
<input type="checkbox"/> 没有佩戴任何助听设备 <input type="checkbox"/> 人工耳蜗 品牌型号: _____ 配戴耳: <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 助听器 品牌型号: 左耳 _____; 右耳 _____ 开始佩戴时间: _____年____月____日 目前佩戴效果: _____	
2.康复训练情况	
目前康复方式: <input type="checkbox"/> 机构康复 (康复时间____个月) <input type="checkbox"/> 家庭训练 <input type="checkbox"/> 未接受康复 康复简历: _____年__月至____年__月 康复机构 1: _____ _____年__月至____年__月 康复机构 2: _____ 听障儿童目前语言能力: <input type="checkbox"/> 简单交流 <input type="checkbox"/> 能说几个词 <input type="checkbox"/> 无任何语言	
3.听障儿童是否患有其他重大疾病: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
如患有重大疾病, 疾病情况简述: (必须说明)	

三、申请救助

1. 申请人工耳蜗救助金额

已筹集人工耳蜗植入费用金额：_____

申请资助金额：_____（请根据申请须知的要求、家庭情况，填写申请资助金额）

是否获得其他资助：是 资助单位或者个人：_____ 金额：_____ 否

备注：获得其他资助请务必填写

2. 申请人工耳蜗救助手术医院（请选择国项定点医院，参考附件一）

拟选人工耳蜗手术医院：_____

3. 申请人工耳蜗型号

根据爱的分贝与耳蜗厂家的协议，以下耳蜗产品为爱的分贝受资助人提供优惠价格政策，可供家长选择

耳蜗品牌	耳蜗型号（以下为市场价，非优惠价）	
奥地利	Concerto+opus1（25.8万元） Sonata+opus2（18.8万元）	Sonata+opus1（17.8万元）
澳大利亚	CI512+CP802（22.8万元） CI422+CP802（19.5万元）	CI24RE(CA)+CP802（16.8万元） CI24RE(ST)+CP802（16.8万元）
美国	90K Advantage 1J+和美耳背式（19.8万元） 90k Classic 1J+和美耳背式（16.8万元）	
诺尔康	CS-10A+ NSP-60C（8.8万元）	

作为孩子的法定监护人，本人基于孩子自身情况及对耳蜗产品性能及手术要求的了解，本人为孩子选定的耳蜗产品是：_____（需写清具体的品牌及型号，不得涂改），本人承诺将前述选定产品用于孩子手术。

本人承诺，耳蜗产品一经选定不再变更，如未经爱的分贝允许自行更换，则视为放弃资助，爱的分贝有权追回全部资助款项。

家长签名：

签字日期：

以下为家庭准备材料，请按顺序进行排列整理。带（▲）必须提供

▲四、法定监护人及家庭成员户口簿复印件

▲五、法定监护人（父母双方）二代身份证复印件（正反面）

六、听障儿童残疾证复印件

七、听力学检查结果和报告复印件，请完整提供以下检查的复印件

（一）客观检查报告

- ▲1、中耳声导抗测试
- ▲2、耳声发射（OAE）
- ▲3、听性脑干反应（ABR）
- 4、40Hz 诱发反应
- ▲5、多频稳态诱发电位（ASSR）

（二）智力检查报告（按实际年龄提供其一）

- ▲1、希内—学习能力评估报告（3岁以上）
- ▲2、格雷费斯学习能力评估（1-3岁）

八、影像学检查报告复印件及片子（影像片子在医学审核后返还给家长）

- ▲1、CT 检查报告单复印件和 CT 片子
- ▲2、核磁检查报告单复印件和核磁片子

附件一

北京	北京同仁医院	
天津	天津市第一中心医院	
湖北	武汉大学人民医院	同济医学院附属协和医院
广东	南方医科大学珠江医院	中山大学附属第一医院
	广东省人民医院	中山大学孙逸仙纪念医院
	广州市妇女儿童医疗中心	
上海	上海交大医学院附属新华医院	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院
	上海市第六人民医院	
山东	山东省立医院集团眼耳鼻喉医院	山东大学齐鲁医院
黑龙江	哈尔滨医科大学附属第二医院	哈尔滨医科大学附属第四医院
福建	福建医科大学附属第一医院	福建省立医院
	福建医科大学附属协和医院	厦门长庚医院
湖南	中南大学湘雅二医院	中南大学湘雅医院
四川	四川大学华西医院	四川省八一康复中心
陕西	第四军医大学西京医院	西安交大医学院第二附属医院
辽宁	中国医科大学附属第一医院	中国医科大学盛京医院
重庆	重庆西南医院	重庆医科大学附属第一医院
新疆	新疆维吾尔自治区人民医院	
内蒙古	内蒙古自治区医院	
江苏	南京鼓楼医院	
浙江	浙江大学医学院附属二院	浙江大学医学院附属儿童医院
江西	南昌大学第一附属医院	南昌大学第二附属医院
甘肃	兰州军区总医院	兰州大学第二医院
安徽	安徽省立医院	安徽医科大学第一附属医院
山西	山西省人民医院	山西医科大学第一医院
河北	河北医科大学第二医院	中国人民解放军白求恩国际和平医院
吉林	吉林大学第一医院	
河南	郑州大学第一附属医院	郑州市儿童医院
	河南省人民医院	
云南	昆明医学院第一附属医院	
海南	海南省人民医院	
青海	青海大学附属医院	
贵州	贵州省人民医院	贵阳医学院附属医院
广西	中国人民解放军第 303 医院	广西医科大学第一附属医院

▲在北京做手术的儿童，请选择北京同仁医院。