

# “爱的分贝” 资助申请表 (第三版)

类别：康复训练资助

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·爱的分贝公益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；
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. 申请儿童在进行康复训练期间，需保证每个自然月内上满十五个训练日方可申请。得到“爱的分贝”公益项目资助的听障儿童，在确定听力语言康复机构后，将款项直接拨付至该机构，所有款项不拨付至受助人个人账户；
7. **如申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，爱的分贝将不予资助；**
8. 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；
9. 本文件为“爱的分贝”康复训练资助申请表，任何单位或个人不得挪作他用；
10. 获得资助的听障儿童或听障儿童监护人均有责任和义务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、按手印**：

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			
<b>家庭情况</b>			
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 2: _____ 治疗花费: _____
<b>1.助听设备使用情况</b>	
<p>目前佩戴助听设备: <input type="checkbox"/>助听器      品牌型号: 左耳 _____ 右耳 _____</p> <p style="margin-left: 200px;">佩戴时间: _____年____月____日</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>人工耳蜗      品牌型号: 体内机_____ 体外机 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">配戴耳: <input type="checkbox"/>左      <input type="checkbox"/>右</p> <p style="margin-left: 100px;">开机时间: _____年____月____日</p> <p>目前佩戴效果: _____</p>	
<b>2.康复训练情况</b>	
<p>目前康复方式: <input type="checkbox"/>机构康复 (已康复时间____个月)      <input type="checkbox"/>家庭训练      <input type="checkbox"/>未接受康复</p> <p>康复简历:</p> <p>_____年____月至_____年____月 康复机构 1: _____</p> <p>_____年____月至_____年____月 康复机构 2: _____</p> <p>_____年____月至_____年____月 康复机构 3: _____</p> <p>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</p>	
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:	

### 三、申请救助（由康复机构填写并加盖公章）

目前康复训练机构：\_\_\_\_\_

开始康复时间：\_\_\_\_\_

申请康复资助时间：\_\_\_\_\_月

孩子目前康复情况：\_\_\_\_\_

课程安排：日托  全托  亲子  其他  \_\_\_\_\_

学费情况：\_\_\_\_\_元/月

申请资助听障儿童目前听觉语言发展情况

听觉能力评估结果：一级  二级  三级  四级

语言能力评估结果：一级  二级  三级  四级

请康复机构对申请资助听障儿童的健康情况、智力发育水平及家庭经济情况进行核实，并在此处做出等说明：

以上信息均为本机构工作人员与求助家长、儿童通过见面交流观察获得，本着负责、善意、审慎的态度提供给贵机构参考！

机构名称：\_\_\_\_\_（盖章）

年 月 日

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）

▲6、双耳佩戴助听器申请儿童须提供补偿测听报告（香蕉图）

**（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（CT 和核磁检查报告单复印件）**

▲1、影像学检查报告（CT 检查报告）

▲2、耳部 MRI（核磁检查报告）

▲3、如果耳蜗发育严重畸形，请提供 CT 和核磁片子

