“爱的分贝”资助申请表（第五版）

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

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577 传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座 邮编：100025

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，有语言基础语后聋儿童年龄可适当放宽至 10 周岁；
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；如申请家庭通过虚假、伪造或隐瞒等手段获得资助，爱的分贝有权通过法律途径追回资助善款。**
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. 爱的分贝康复训练资助，无论是否通过评审只可申请一次。
12. 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，根据申请人需求，材料退回至申请人申请资料填写地址；

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

中华思源工程扶贫基金会・爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座　　邮编：100025

您是从哪个渠道知道爱的分贝项目
☐ 医院　☐ 网络　☐ 电视　☐ 耳蜗公司　☐ 其他听力障碍儿童家长 ☐ 康复中心　☐ 其他_____（请说明）

一、基本信息

申请人父母信息表 1			
姓名：		与申请人关系：	
联系电话：			
以下信息请您如实填写（无工作请在工作单位名称处写明目前情况及原因，由当地街道或乡镇政府盖章）			
工作单位名称：			
职位：		工作年限：	年至　　年
上年度总收入（包括工资、奖金和补贴等收入）：			
本年度月度平均收入：			
证明人签字：　　证明单位/部门盖章： 证明人职务：　　证明人联系电话（座机）：			
申请人父母信息表 2			
姓名：		与申请人关系：	
联系电话：			
以下信息请您如实填写（无工作请在工作单位名称处写明目前情况及原因，由当地街道或乡镇政府盖章）			
工作单位名称：			
职位：		工作年限：	年至　　年
上年度总收入（包括工资、奖金和补贴等收入）：			
本年度月度平均收入：			
证明人签字：　　证明单位/部门盖章： 证明人职务：　　证明人联系电话（座机）：			

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座　　邮编：100025

申请人家庭情况说明

请详细描述目前家庭及生活情况（不少于 300 字）：

村委会/居委会盖章
年　月　日

乡镇/街道办事处盖章
年　月　日

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座　　邮编：100025

二、听障儿童听力情况简述

<table>
<tr><td colspan="2">听力障碍发现时间：</td><td>听力障碍确诊时间：</td></tr>
<tr><td colspan="2">听力障碍确诊医院：</td><td>各项听力检查/医疗花费金额：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">听力情况</td><td colspan="2">先天后天：☐先天性耳聋　　☐后天性耳聋</td></tr>
<tr><td colspan="2">损失类型：☐传导性耳聋　　☐感性神经性耳聋　　☐混合型耳聋</td></tr>
<tr><td colspan="2">听力损失：左耳_____右耳_____</td></tr>
<tr><td colspan="3">1.助听设备使用情况</td></tr>
<tr><td colspan="3">目前佩戴助听设备：　☐助听器　　品牌型号：左耳 _____右耳 _____
佩戴时间：_____年___月___日
☐人工耳蜗　品牌型号：体内机_____ 体外机 _____
配戴耳：☐左　　☐右
手术时间：_____年___月___日
手术医院：_____
目前佩戴效果：(加说明，如何体现效果或者效果的标准是什么) _____</td></tr>
<tr><td colspan="3">2.以往康复训练情况（如没有不用填写）</td></tr>
<tr><td colspan="3">目前康复方式：☐机构康复 （已康复时间___个月） ☐家庭训练 ☐未接受康复
康复简历：
_____年 ___月 至 _____年___月 康复机构 1:_____每月费用：_____
_____年 ___月 至 _____年___月 康复机构 2:_____每月费用：_____
_____年 ___月 至 _____年___月 康复机构 3:_____每月费用：_____</td></tr>
<tr><td colspan="3">3.听障儿童是否患有其他重大疾病： 是 ☐　　否 ☐</td></tr>
<tr><td colspan="3">如患有重大疾病，疾病情况简述：</td></tr>
</table>

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座　　邮编：100025

三、申请救助（由康复机构填写并加盖公章，带▲项必须填写）

▲目前康复训练机构：_____

▲开始康复时间：_____

▲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□

▲目前该儿童康复效果：只能发“啊”等无意识音 □ 可以说叠词 □

能说简单词语 □ 能说简单日常短句 □

能进行简单交流 □

▲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、审慎的态度提供真实材料给贵机构参考！

机构名称：_____（盖章）

年 月 日

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577 传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座 邮编：100025

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、法定监护人需提供收入证明（提供一项即可）：

1、近 1 年工资银行卡流水，并加银行业务章；

2、个人完税证明（地方税务局或税务局网站打印，如无法打印完税证明，可以将包含查询人信息的查询记录截屏或拍照后打印，并随申请资料邮寄）；

七、听障儿童残疾证复印件，如有请提供低保证复印件、建档立卡户证明复印件

八、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（如佩戴耳蜗康复，不提交客观检查报告及 CT 核磁相关材料）

▲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）

九、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

中华思源工程扶贫基金会·爱的分贝
电话：010-85776577 传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn
通讯地址：北京市朝阳区甘露园 19 号 718 传媒文化创意园 C 座 邮编：100025