

“爱的分贝”救助申请表 (第十四版)

类别：人工耳蜗救助

编号：

申请人照片
(正面全身照)

听障儿童及青少年姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____

户籍地址：_____

听障儿童现常住地址：_____

联系人(监护人)：_____ 电话(手机)：_____

监护人：_____ 电话(手机)：_____

监护人支付宝账号(实名认证)：_____

监护人微信号：_____

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 岁困难家庭的听力障碍儿童或有良好的语言基础正在小学、初中、高中以及全日制高等院校学习的语后聋青少年；
- 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，“爱的分贝”有权邀请或委托其他主体或个人进行信息核实，如发现信息不真实、不完整，“爱的分贝”将不受理资助申请，已经受理的，有权驳回资助申请；
- 4、本申请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、获得“爱的分贝”公益项目资助的听障儿童及青少年，在确定人工耳蜗植入手术医院后，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、如申报材料中出现虚假、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；**
- 9、爱的分贝救助理念是帮助一侧耳蜗费用都无法承担的困难家庭，如发现申请家庭在通过项目申请后同时进行双侧耳蜗手术或在完成一侧手术后一年内自费进行另外一侧耳蜗植入将视为申请材料隐瞒造假，爱的分贝有权通过法律途径追回资助善款；**
- 10、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；
- 11、获得资助的听障儿童及青少年和其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；
- 12、在申请资助期间如监护人提出不再申请资助的，本申请文件即刻作废，根据申请方需求将材料退回至其填写地址；

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。

听障儿童及青少年姓名：

听障儿童及青少年监护人签字、手印：

年 月 日

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 其他听障儿童家长
康复中心 其他 (请说明)

一、基本信息

申请人父母信息表 1		听障儿童及青少年姓名：	
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，由街道办事处或乡镇政府盖章）			
工作单位全称：			
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：			
证明人职务：	证明人联系电话（座机）：	证明人签字：	
单位盖章（ 有工作单位 ）		乡镇政府/街道办事处盖章（ 无工作单位 ）	
申请人父母信息表 2		听障儿童及青少年姓名：	
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全称处写明目前情况及原因，由街道办事处或乡镇政府盖章）			
工作单位全称：			
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：			
证明人职务：	证明人联系电话（座机）：	证明人签字：	
单位盖章（ 有工作单位 ）		乡镇政府/街道办事处盖章（ 无工作单位 ）	

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：		各项听力检查/医疗花费金额：	
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"/> 感音神经性耳聋 <input type="checkbox"/> 混合性耳聋		
	听力损失：左耳_____右耳_____		
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.以往康复训练情况			
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 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：_____			
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：_____

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	SONATA _π ¹⁰⁰ +OPUS2XS（16.8万元） SONATA _π ¹⁰⁰ +RONDO（17.8万元） SONATA _π ¹⁰⁰ +SONNET（19.8万元） SONATA _π ¹⁰⁰ +RONDO2（20.8万元） Mi1000 CONCERTO+OPUS2XS（26.8万元）
澳科利耳	CI24RE(CA)+CP810（21.8万元） CI24RE(ST)+CP810（21.8万元） CI422+CP810（21.8万元） CI512+CP810（28.8万元） CI522+CP810（28.8万元）
美国	90K Advantage 1J+Naida Q30（22.8万元）

作为申请儿童的法定监护人，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，耳蜗产品及手术医院一经选定不再变更，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、法定监护人（父母双方）需提供收入证明：（按实际情况如实提供）；

（一）有工作单位，需提供近1年工资银行卡流水；

（二）无工作单位，需提供个人近1年完税证明；

方法：下载国家税务总局官方许可APP--个人所得税，登录查询“个人信息、收入纳税明细、任职受雇信息”，截图并打印，随申请资料一起邮寄）；

七、听障儿童残疾证复印件，如家庭中有其他成员也是听障，务必提供相应残疾证或诊断证明；如家庭有低保保证或建档立卡户证明，需提供复印件；

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

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）学习能力评估报告（按实际年龄提供其一）

▲1、格雷费斯学习能力评估报告（1-3岁）

▲2、希-内学习能力评估报告（3-7岁学龄前儿童）

备注：7岁以上需提交在读学籍证明。

九、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、耳部CT检查报告单复印件和耳部CT片子或电子影像卡

▲2、耳部核磁检查报告单复印件和耳部核磁片子或电子影像卡

备注：

1.如前庭导水管扩大、听觉发育迟缓等听力有变化的患者，需要提交1个月内的医学报告；无特殊情况，提交6个月内的医学报告即可；

2.离家家庭提供拥有孩子抚养权的监护人信息，并提供离婚证和离婚协议复印件。

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 (湖北省人民 医院)	华中科技大学同济医学院附属协和医院
	华中科技大学同济医学院附属同济医院	武汉儿童医院
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	汕头大学医学院第二附属医院
	佛山市第一人民医院	中山大学附属第三医院
	广东省第二人民医院	北京大学深圳医院
	广东省妇幼保健院	
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	上海交通大学医学院附属第九人民医院
	上海交通大学医学院附属上海儿 童医学中心	上海市儿童医院
山东	山东省第二人民医院 (原山东省立医院集团眼耳鼻喉医院)	山东大学齐鲁医院
	山东省千佛山医院	山东大学第二医院
黑龙江	哈尔滨医科大学附属第一医院	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
	厦门大学附属中山医院	
湖南	中南大学湘雅二医院	中南大学湘雅医院
	中南大学湘雅三医院	湖南省人民医院
	郴州市第一人民医院	湖南省儿童医院
四川	四川大学华西医院	四川省八一康复中心
	西南医科大学附属医院	
陕西	空军军医大学第一附属医院 (原第四军医大学西京医院)	西安交大医学院第二附属医院
	西安市儿童医院	延安大学附属医院
辽宁	中国医科大学附属第一医院	中国医科大学附属盛京医院

“爱的分贝”人工耳蜗救助项目申请表

重庆	重庆西南医院 (第三军医大学第一附属医院)	重庆医科大学附属第一医院
	重庆医科大学附属儿童医院	
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	内蒙古医科大学附属第一医院
江苏	南京鼓楼医院	南京同仁医院
	南京市儿童医院	
浙江	浙江大学医学院附属第一医院	浙江大学医学院附属二院
	浙江大学医学院附属儿童医院	温州医科大学附属第一医院
	温州医科大学附属第二医院	杭州市第一人民医院
	杭州师范大学附属医院	宁波市医疗中心李惠利医院
	宁波大学第二医院	
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	中国人民解放军联勤保障部队第九八〇医院 (原中国人民解放军白求恩国际和平医院)
	石家庄市第一医院	邯郸市眼科医院 (邯郸市第三医院)
	河北省眼科医院	秦皇岛市第一医院
吉林	吉林大学第一医院	吉林大学第二医院
	吉林省人民医院	
河南	郑州大学第一附属医院	河南省儿童医院 (原郑州市儿童医院)
	河南省人民医院	
云南	昆明医科大学第一附属医院 (原昆明医学院第一附属医院)	昆明市儿童医院
海南	解放军总医院海南分院	海南省人民医院
	海南西部中心医院	三亚市妇幼保健院
青海	青海大学附属医院	青海省人民医院
贵州	贵州省人民医院	贵阳医学院附属医院
	贵黔国际总医院	遵义医科大学附属医院
广西	中国人民解放军第 923 医院 (原 303 医院)	广西医科大学第一附属医院
宁夏	宁夏医科大学总医院	

▲在北京做手术的儿童及青少年，请选择北京同仁。