

“爱的分贝”救助申请表 (第七版)

类别：人工耳蜗体外机升级

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：_____

听障儿童及青少年现常住地址：_____

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、已经植入单侧人工耳蜗，体外机使用时间 ≥ 8 年，体外机产品或配件已停产，故障频发或难以持续维修保养；
- 3、具有中国国籍且就读于普通小学、初中、高中以及全日制高等院校的听障儿童及青少年；
- 4、患有精神障碍，智力障碍，孤独症，脑瘫等对听力语言康复有较大影响疾病的听障儿童及青少年，不可申请；
- 5、已经植入人工耳蜗，但经康复后仍然没有语言能力的听障儿童及青少年，不可申请；
- 6、申请人监护人有稳定收入且月收入合计10000元以上，直系亲属无听障、无重大疾病患者，不可申请；
- 7、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；
- 8、本申请表的递交并不表示肯定获得资助；
- 9、“爱的分贝”公益项目办公室负责所有申报材料的审核和建档工作；
- 10、获得“爱的分贝”公益项目资助的听障儿童，在确定人工耳蜗体外机升级后，相关款项将直接拨付至收款单位，所有款项不拨付至受助人个人账户。相关收款单位在收到款项后需提供等额发票；
- 11、本文件为“爱的分贝”人工耳蜗体外机升级申请表，任何单位或个人不得挪作他用；
- 12、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；
- 13、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；
- 14、获得资助的听障儿童及青少年和其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；
- 15、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）	

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.佩戴人工耳蜗情况			
人工耳蜗品牌型号：植入体：_____体外机：_____			
配戴耳： <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右			
耳蜗手术时间：_____年_____月 手术医院：_____			
是否更换过体外机： <input type="checkbox"/> 是（请填写体外机佩戴经历） <input checked="" type="checkbox"/> 否			
体外机佩戴经历：			
_____年_____月至_____年_____月 体外机型号：_____			
_____年_____月至_____年_____月 体外机型号：_____			
目前佩戴效果：_____			
2.就读学校情况			
目前就读学校：_____年级：_____			
学校就读经历：			
_____年_____月至_____年_____月 学校名称：_____			
_____年_____月至_____年_____月 学校名称：_____			
_____年_____月至_____年_____月 学校名称：_____			
3.听障儿童是否患有其他重大疾病： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如患有重大疾病，疾病情况简述：（必须说明）			

三、申请救助

1.人工耳蜗体外机升级自筹金额	
已筹集人工耳蜗体外机升级费用金额：_____	
是否获得其他资助： <input type="checkbox"/> 是 资助单位或者个人：_____ 金额：_____ <input type="checkbox"/> 否	
备注：获得其他资助请务必填写	
2.申请人工耳蜗体外机型号	
根据爱的分贝与耳蜗厂家的协议，以下耳蜗体外机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。	
耳蜗体外机品牌	体外机型号（以下为市场价，非优惠价）
奥地利	Opus2 (48000元)
美国	美人鱼Q30 (41000元)
澳科利耳	CP810 (48000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人工耳蜗体外机产品性能及适配要求的了解，本人为孩子选定的人工耳蜗体外机产品是：_____（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体外机升级。	
<u>本人承诺，人工耳蜗体外机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。</u>	
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；如家庭有低保证或建档立卡户证明，请提供复印件；

▲八、在读学籍证明（学校开具并加盖公章）；

▲九、人工耳蜗产品合同复印件；

十、人工耳蜗体外机产品合同复印件（如更换过人工耳蜗体外机产品，需要提交此文件；未更换过人工耳蜗体外机则不需提交）。

备注：离异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。