“爱的分贝”人工耳蜗体外机升级项目救助申请表（第九版）

编号：

听障儿童或青少年照片 （正面全身照）

听障儿童或青少年姓名：_____性别：_____出生日期：_____

听障儿童或青少年户籍地址：_____

听障儿童或青少年现常住地址：_____

联系人姓名（监护人）1：_____手机：_____

联系人姓名（监护人）2：_____手机：_____

联系人（监护人）支付宝账号（实名认证）：_____

联系人（监护人）微信号：_____

申请日期：_____年_____月_____日

申请告知书

“爱的分贝”人工耳蜗体外机升级项目是由中华思源工程基金会爱的分贝基金、北京爱的分贝公益基金会（以下简称：爱的分贝）管理，旨在为听障儿童或青少年提供支持与救助。项目资助为定额资助，为确保资助工作规范、公开、透明，现将有关事项公告如下：

一、资助对象

具有中国国籍的听障儿童或青少年。

二、资助标准

人工耳蜗体外机升级项目为部分资助，资助标准为20,000元/人。

每位听障儿童或青少年只可申请一次。

三、人工耳蜗体外机升级项目申请资助条件

1.人工耳蜗体外机使用时间≥6年，故障频发难以维修；

2.听障儿童或青少年就读于普通小学、初中、高中或全日制高等院校；

3.听障儿童或青少年的监护人有稳定收入，合计月收入10,000元以上，如直系亲属无听障、无重大疾病患者，不可申请。

四、申请须知

1.听障儿童或青少年法定监护人在填写申报材料前需认真阅读并完全理解本《申报告知书》的内容，并同意所有告知事项；

2.所有申报材料由听障儿童或青少年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；

3.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款项；

4.本申请表的递交并不表示肯定获得资助；

5.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，爱的分贝将申请材料退回；

6.获得资助的听障儿童或青少年，在确定人工耳蜗体外机升级后，资助款项将直接拨付至耳蜗供应商，不拨付至申请人个人账户，收款单位提供等额发票。

五、申请材料接收地址

邮寄地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷A6座-101

收 件 人：爱的分贝　　联系电话：010-85776577

六、资助流程

1.初审：对监护人提交的资料进行审核，资料不齐全或不符合申请条件的，工作人员将通过电话进行告知；

2.验证：工作人员通过电话与监护人进行验证；

3.志愿者走访：爱的分贝邀请志愿者对申请家庭进行实地走访，并进行记录和反馈；

3.审批：评审会根据资助原则对申请人进行综合评审，确定拟资助名单；

4.公示：拟资助名单在爱的分贝官网和微信公众号进行公示，公示期为10天；

5.获批：在公示期内，没有异议或投诉的申请人将获得资助，待定状态申请人将进一步进行核实和审批；

6.资助：申请人在与爱的分贝签署资助协议后，在资助有效期内进行人工耳蜗体外机升级并提交所需资料后，爱的分贝将资助款拨付至耳蜗供应商处。

七、特别约定

1.爱的分贝人工耳蜗体外机升级项目为听障儿童或青少年提供的是慈善救助，相关的捐赠款只能用于听障儿童或青少年进行人工耳蜗体外机升级，任何个人、单位都不得把相关款项挪作他用。

2.获得资助的听障儿童或青少年家庭提供的所有资料，包括但不限于文字、照片、影像等，爱的分贝均有使用权。

八、最终解释权 归中华思源工程基金会爱的分贝基金和北京爱的分贝公益基金会。

我确认已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申请规定。

听障儿童或青少年姓名：

听障儿童或青少年监护人签字、手印：

年　　月　　日

您是从哪个渠道知道爱的分贝人工耳蜗体外机升级项目?

□医院　□其他听障儿童或青少年家长　□耳蜗供应商

□康复学校　□网络　□电视　□其他

一、基本信息

听障儿童或青少年父母信息表 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，**由街道办事处或乡镇政府盖章）**			
工作单位全称			
职位		工作时间：　年　月至　年　月	
上年度总收入（包括工资、奖金和补贴等收入）：			
本年度月平均收入：			
证明人职务：　证明人联系电话：　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）**	
听障儿童或青少年父母信息表 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，**由街道办事处或乡镇政府盖章）**			
工作单位全称			
职位		工作时间：　年　月至　年　月	
上年度总收入（包括工资、奖金和补贴等收入）：			
本年度月平均收入：			
证明人职务：　证明人联系电话：　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）**	

听障儿童或青少年家庭情况说明

请详细描述目前家庭及生活情况（不少于 300 字）：

听障儿童或青少年姓名：

备注：以下两处均需要盖章

村委会/居委会盖章　　乡镇政府/街道办事处盖章

年　月　日　　年　月　日

二、听障儿童或青少年听力情况

1、听力障碍情况		
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：□先天性耳聋　□后天性耳聋	
	损失类型：□传导性耳聋　□感音神经性耳聋　□混合性耳聋	
	听力损失：左耳_____右耳_____(分贝值)	

2.佩戴人工耳蜗情况

（1）左耳：□人工耳蜗　植入体型号：_____体外机型号：_____

手术时间：_____年_____月　手术医院：_____

□助听器　助听器品牌型号：_____

□无

右耳：□人工耳蜗　植入体型号：_____体外机型号：_____

手术时间：_____年_____月　手术医院：_____

□助听器　助听器品牌型号：_____

□无

（2）目前佩戴效果：_____

_____

（3）是否更换过体外机：

□是（请填写体外机佩戴经历）

_____年___月至____ 年___月　体外机型号：_____

_____年___月至____ 年___月　体外机型号：_____

□否

3.就读学校

目前就读学校：_____开始时间：_____年级：_____

4.听障儿童及青少年是否患有其他重要疾病： □是　□否

如患有重大疾病，疾病情况简述：（必须说明）

三、申请救助

1.为听障儿童或青少年进行人工耳蜗体外机升级已筹金额：_____

2.申请人工耳蜗体外机型号

根据爱的分贝与人工耳蜗供应商的协议，**以下为可以选择的产品型号。**

人工耳蜗体外机品牌	体外机型号（**以下为市场价格，非优惠价**）
奥地利耳蜗	SONNET（48000元）
	RONDO2（63000元）
澳科利耳	CP802（38000元）
	CP810（48000元）
	Lite CP910（50000元）
美国AB	美人鱼Q30（41000元）

作为听障儿童或青少年的法定监护人，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。

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。

家长签名：　　签字日期：

四、家庭情况

以下为家庭准备材料，请按顺序进行排列整理。 带（▲）必须提供：

▲1、法定监护人及家庭成员户口簿复印件；

▲2、法定监护人（父母双方）二代身份证复印件（正反面）；

▲3、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，需提供近一年工资银行卡流水或完税证明；

（二）无工作单位，需提供个人近1年完税证明；

完税证明查询方法：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。

▲4、听障儿童或青少年在读学籍证明（学校开具并加盖公章）。

▲5、人工耳蜗产品证明材料（如合同复印件、身份卡信息、产品交货清单、出院小结等，任选其一）。

6、如有其他证明材料，请提供复印件：

（1）听障儿童或青少年残疾证；

（2）家庭中有其他听障成员，务必提供相应残疾证或诊断证明；

（3）家庭有低保证或建档立卡户证明；

（4）离异家庭提供离婚证和离婚协议。

7、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，需提交此文件；未更换过人工耳蜗体外机则不需提交）。