

“爱的分贝”康复训练资助项目 救助申请表（第十三版）

编号：

听障儿童正面全身照

听障儿童姓名： _____ 性别： _____ 出生日期： _____

听障儿童户籍地址： _____

听障儿童现常住地址： _____

联系人姓名（监护人） 1： _____ 手机： _____

联系人姓名（监护人） 2： _____ 手机： _____

听障儿童现康复机构（填写全称）： _____

申报日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请告知书

“爱的分贝”康复训练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，旨在为听障儿童康复训练提供支持及救助。为确保资助工作规范、公开、透明，现将有关事项公告如下：

一、申请条件

- 1、1-7周岁具有中国国籍的困难听障儿童，有语言基础的语后聋听障儿童可适当放宽至10周岁；
- 2、家庭经济困难，其监护人不具备完全承担康复训练费用的能力；
- 3、针对已进行人工耳蜗手术或者已配戴助听器，并已在符合救助标准的康复机构进行康复训练的听障儿童；
- 4、同等情况下，“爱的分贝”优先考虑家有残疾人、重大疾病病人、农村困难户、城市低保户等有特殊困难的听障儿童；
- 5、已获得其他康复训练资助的听障儿童不可申请本项目；已经获得本项目资助后，如再获得其他项目资助，视为自动放弃本项目资助；
- 6、患有精神病，智力障碍，孤独症，脑瘫等对听力语言康复有较大影响的疾病的听障儿童及家庭，不可申请康复训练资助；
- 7、经专家评估耳蜗严重畸形者，不可申请康复训练资助；
- 8、双耳佩戴助听器的听障儿童，听力损失大于或等于90分贝者，不可申请康复训练资助。

二、资助标准

北京地区康复机构的听障儿童资助标准是2000元/月/人（不超过18个月），其他地区康复机构的听障儿童资助标准是1000元/月/人（不超过18个月）。

三、申请须知

- 1、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；
- 2、本申请表的递交并不表示肯定获得资助；
- 3、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”康复训练项目资助的听障儿童，在确定听力语言康复机构后，款项将直接拨付至该机构，所有款项不拨付至申请人个人账户；
- 4、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；

- 5、 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《申请告知书》的内容并同意《申请告知书》所有告知事项；
- 6、 本文件为“爱的分贝”康复训练资助项目申请表，任何单位或个人不得挪作他用；
- 7、 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爱的分贝提供必要的文字、照片、影像等资料，配合爱的分贝宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料；
- 8、 **爱的分贝康复训练资助，无论是否通过评审只可申请一次；**
- 9、 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。

四、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

五、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、 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、 资料邮寄：申请人签署资助协议并邮寄纸质申请材料；
- 7、 资助：申请人在与爱的分贝签署资助协议后，款项将直接拨付至该机构，所有款项不拨付至申请人个人账户。

六、特别约定

- 1、 爱的分贝康复训练项目受资助儿童在进行康复训练期间，每个自然月内需上满15个训练日方可获得资助，如康复时间不满15个训练日的，则该月康复资助款项停拨，资助时长顺延。在资助期间，连续两个自然月因转学、退学、回家探亲、因病休学等个人原因导致训练日不满15天的情况，康复资助自事发之日起自动终止。
- 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。

七、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，同意所有申请规定，并于 _____ 年 _____ 月 _____ 日在线上提交 _____ (听障儿童姓名) 的康复训练资助项目申请材料。本人承诺线上及线下提交的信息一致均真实有效。

听障儿童姓名：

听障儿童监护人签字、手印：

_____ 年 _____ 月 _____ 日

申请救助内容（由康复机构填写并加盖公章）

申请资助儿童姓名： _____

申请资助儿童身份证号： _____

申请资助儿童是否患有其他重大疾病： 是 否

如有重大疾病，疾病情况简述： _____

现康复机构全称： _____

申请资助儿童目前听觉语言发展情况（勾选）

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，并在此处做出说明：

以上信息均为本机构工作人员与申请家长、听障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