

# “爱的分贝”救助申请表

类别：人工耳蜗救助

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：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

电子邮件：\_\_\_\_\_

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”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；
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；信息不真实、不完整，不受理求助申请；
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. 得到“爱的分贝”公益项目资助的听障儿童，在确定人工耳蜗植入医院或听力语言康复机构后，相关款项将直接拨付至该医院或机构，所有款项不拨付至受助人个人账户。相关医院或机构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. **如申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，爱的分贝将不予资助；**
9. 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；
10. 获得资助的听障儿童或听障儿童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；
11. 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，并由“爱的分贝”项目管理办公室统一销毁；

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、手印：**

年 月 日

**一、基本信息**

听障儿童姓名		性 别	
出生日期		民 族	
户籍所在地			
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			
<b>家庭情况</b>			
家庭年总收入		家庭人口	
家庭劳动力人口		当地人均年收入	
患儿监护人求助申请 (请详细描述求助理由,可 另附家庭情况说明)			
家庭收入证明 (没有固定收入的 由户籍所在地的街道或 村委会加盖公章)	每月收入：                   元 工作单位或雇主(签字盖章) 证明人：                   联系方式：		
家庭所在居委会/村委会	(签字盖章) 证明人：                   联系方式：		
家庭所在地区街道乡(镇)  政府	(签字盖章) 证明人：                   联系方式：		

## 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：
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"/> 感性神经性耳聋 <input type="checkbox"/> 混合型耳聋
	听力损失：左耳_____右耳_____
已治疗情况	曾经治疗医院 1：_____ 治疗花费：_____
	曾经治疗医院 2：_____ 治疗花费：_____
	曾经治疗医院 3：_____ 治疗花费：_____
<b>1.目前配带助听设备情况</b>	
<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：_____	
<b>2.康复训练情况</b>	
目前康复方式： <input type="checkbox"/> 机构康复（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: _____ _____年__月至_____年__月 康复机构 2: _____ 聋儿目前语言能力： <input type="checkbox"/> 简单交流 <input type="checkbox"/> 能说几个词 <input type="checkbox"/> 无任何语言	
<b>3.聋儿是否患有其他重大疾病：</b> 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

<b>1. 申请人工耳蜗救助金额</b>	
已筹集人工耳蜗植入费用金额：_____	
申请资助金额：_____（请根据申请须知的要求、家庭情况，填写申请资助金额）	
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	
<b>备注：获得其他资助请务必填写</b>	
<b>2. 申请人工耳蜗救助手术医院</b>	
拟选人工耳蜗手术医院：_____	
<b>3. 申请人工耳蜗型号</b>	
根据爱的分贝与部分耳蜗厂家的协议，现有部分耳蜗产品专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
奥地利	Concerto+opus1 Sonata+opus1                      Sonata+opus2
澳大利亚	CI512+CP802                      CI24RE(CA)+CP802 CI422+CP802                      CI24RE(ST)+CP802 CI422+Freedom
美国	90K Advantage 1J+和美耳背式
诺尔康	CS-10A+ NSP-60C
<p>作为孩子的法定监护人，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。</p> <p><b>本人承诺，耳蜗产品一经选定，不再变更，否则视为自愿放弃爱的分贝耳蜗救助申请。</b></p> <p>家长签名：_____                      签字日期：_____</p>	

#### 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）身份证复印件、聋儿残疾证复印件（二代身份证正反面复印件）**

身份证复印件（父母及求助听障儿童）  
残疾证复印件

文件  
粘贴处

**六、家庭情况证明原件(村(居)委会、街道(乡镇)盖章)如有, 请提供以下**

文件:  
低保证复印件  
农村贫困户证明原件  
家庭贫困证明

**贫困证明**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**村(居)委会盖章:                      乡镇(街道)府盖章:**

**年 月 日                                      年 月 日**

备注: 贫困证明盖两个章, 以上是样本, 可另附纸张书写。



## 七、听力学检查结果和报告复印件（提供全部的结果和报告）

请完整提供以下检查的复印件

**（一）客观检查——必做**

- 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—必做
- 5、多频稳态诱发电位（ASSR）

**（二）主观检查（可选）**

- 1、行为测听(BOA/VRA/PA/PTA) 根据年龄和配合程度选择不同的测试方法
- 2、言语测听（2岁以上）

**（三）智力检查报告（其中之一）—必做**

- 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）

文件  
粘贴处

## 八、影像学检查报告复印件（CT 或核磁检查报告单复印件）

必须提供以下报告及片子

- 1、影像学检查报告及片子（CT 报告及片子）
- 2、核磁检查报告及片子（MRI 报告及片子）

文件  
粘贴处