“爱的分贝”资助申请表（第十二版）

类别：康复训练资助

编号：

申请人照片

（正面全身照）

听障儿童姓名：_____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）：_____

监护人微信号：_____

申报日期：　　年　　月　　日

中华思源工程基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn　　邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101　　收件人：爱的分贝

申报告知书

1、“爱的分贝”资助申请表由中华思源工程基金会•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 岁困难家庭的听力障碍儿童，有语言基础语后聋儿童年龄可适当放宽至 10 周岁；

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材料的审核和建档工作；

6、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”公益项目资助的听障儿童，在确定听力语言康复机构后，将款项直接拨付至该机构，所有款项不拨付至受助人个人账户；

7、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；

8、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；

9、本文件为“爱的分贝”康复训练资助申请表，任何单位或个人不得挪作他用；

10、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、爱的分贝康复训练资助，无论是否通过评审只可申请一次；

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。

听障儿童姓名：

听障儿童监护人签字、按手印：

年　　月　　日

中华思源工程基金会・爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn　　邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101　　收件人：爱的分贝

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）**			
工作单位名称:			
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）**			
工作单位名称:			
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**）			

中华思源工程基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn　　邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101　　收件人：爱的分贝

申请人家庭情况说明

请详细描述目前家庭及生活情况（不少于 300 字）：

听障儿童姓名：

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

中华思源工程基金会·爱的分贝
电话：010-85776577　　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn　　邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101　　收件人：爱的分贝

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：□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_____	

1.助听设备使用情况

目前佩戴助听设备：□助听器　品牌型号：左耳_____右耳 _____
佩戴时间：_____年___月___日
□人工耳蜗　品牌型号：体内机_____体外机 _____
配戴耳：□左　□右
手术时间：_____年___月___日
手术医院：_____

目前佩戴效果：（加说明，如何体现效果或者效果的标准是什么）_____

2.以往康复训练情况（如没有不用填写）

目前康复方式：□机构康复 （已康复时间_个月） □家庭训练 □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　□ 否

如患有重大疾病，疾病情况简述：

中华思源工程基金会 • 爱的分贝
电话：010-85776577　传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn　邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101　收件人：爱的分贝

三、申请救助（由康复机构填写并加盖公章，带▲项必须填写）

▲目前康复训练机构：_____

▲开始康复时间：_____

▲课程安排：日托 □ 全托 □ 亲子 □ 其他 □_____

▲学费情况：_____元 /月

申请资助听障儿童目前听觉语言发展情况

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求助家长、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

中华思源工程基金会·爱的分贝
电话：010-85776577 传真：010-85780900-8001
网址：www.i-db.com.cn 邮编：100025
收件地址：北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101 收件人：爱的分贝

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、 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）

▲6、 **双耳佩戴助听器**申请儿童提供补偿测听报告（香蕉图）

（二） 学习能力评估报告**（按实际年龄提供其一）；**

▲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报告（1-3 岁）

九、 影像学检查报告复印件

▲如果耳蜗发育畸形，请提供耳部 CT 和核磁报告复印件。

备注：

离异家庭提供拥有申请儿童抚养权的监护人信息，并提供离婚证和离婚协议复印件。

植入人工耳蜗的申请儿童提供人工耳蜗产品合同或发票复印件。

中华思源工程基金会 ·爱的分贝

电话： 010-85776577 传真： 010-85780900-8001

网址： www.i-db.com.cn 邮编： 100025

收件地址： 北京市朝阳区朝阳北路甲27号菁英梦谷园区A6-101 收件人：爱的分贝