**爱乐融聆听计划**

**人工耳蜗救助申请表**

听障儿童照片

听障儿童姓名： 性别： 出生日期：

监护人姓名： 联系方式：

申报定点康复机构： （盖章）申报日期：

**注：听障儿童监护人填写申请表后还需要提供以下资料：**

**（1）家庭成员身份证、户口本复印件；**

**（2）低保证复印件，或者乡、镇、街道（含）以上级别民政部门出具的家庭经济贫困证明原件；**

**（3）听力学检查结果和报告复印件（含客观检查、主观检查和智力检查）；**

**（4）影像学检查（CT及MRI）报告复印件。**

**申请救助须知**

1. 爱乐融聆听计划是由中国听力医学发展基金会发起的公益项目，不向听障儿童家庭收取任何申请费用，未尽事宜由项目办公室负责解释。
2. 资助对象为0-7岁家庭贫困的重度或极重度听力障碍儿童，人工耳蜗资助标准为50000元/人，手术资助标准为10000元/人。
3. 听障儿童的所有申报材料由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；如经核实发现有虚假、伪造或隐瞒等情况，项目办公室将不予评审资料，救助款已拨付的有权收回，并追究相关人员的法律责任。
4. 本申报表的递交并不表示肯定获得资助；无论是否获得救助，申报表及相关资料均不予退回。
5. 得到资助的听障儿童，在确定听力语言康复机构后，资助款项将直接拨付至该机构，不拨付至听障儿童父母或者法定监护人的个人账户。受助人如在资助期擅自离开，不在定点康复机构接受康复训练，项目提供的所有资助将被终止。
6. 受助人及监护人承诺自愿承担人工耳蜗手术风险，对人工耳蜗术后康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果如未能达到预期目标有心理准备。
7. 获得资助的听障儿童及其监护人均有责任和义务提供必要的文字、照片、影像等反馈资料，并同意使用其照片、影像等资料用于公益目的的宣传和采访活动。
8. **听障儿童的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，并同意所有告知事项。**

监护人： （签字及手印）

**基本信息表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  | | 身份证号 |  | |
| 户籍所在省 |  | 所在市 |  | 所属县 |  |
| 现居住地址 |  | | | | |
| 家庭成员 | | | | | |
| 父亲姓名 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 母亲姓名 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 共同生活的其他家庭成员的信息 | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 亲属关系 | 职业 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 家庭总人口 |  | | 家庭年总收入 | |  |
| 家庭经济  收入来源 | （请如实填写家庭成员工作情况，包括固定工作人员、外出打工人员、退休人员的收入情况） | | | | |
| 家庭支出  情况介绍 | （近五年内，家庭重大变故/重大疾病/其他重大支出情况介绍） | | | | |
| 注：农村患儿，一名证明人必须为村干部（如村支书、村主任等）；城镇患儿，一位证明人必须为所在地居委会工作人员；亲属不得担任证明人。  证明人姓名： 电话： 与证明人关系：  身份证号： 地址：  证明人姓名： 电话： 与证明人关系：  身份证号： 地址： | | | | | |

**听力语言信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 听力障碍确诊时间： | | | |
| 听力补偿措施 | □无  □佩戴助听器 品牌型号： 配戴耳：□左 □右  开始佩戴时间：  佩戴效果： | | |
| 听力障碍情况 | | □先天性耳聋 □后天性耳聋，具体原因 | |
| 类型：□传导性耳聋 □感性神经性耳聋 □混合型耳聋 | |
| 听力损失： 左耳 分贝 右耳 分贝 | |
| 已治疗情况 | | 治疗医院： | 治疗花费： |
| 治疗医院： | 治疗花费： |
| 目前康复方式 | □机构康复 □家庭训练 □未接受康复 □普通幼儿园 | | |
| 康复起止时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 目前语言能力 | | □简单交流 □能说几个词 □无任何语言 | |
| 家庭中是否有专人陪伴康复： □无 □有（与申请人的关系 ） | | | |
| 家长是否接受康复培训：□否 □是 | | | |
| 家长对手术植入风险和术后康复的重要性的认识： 有 □ 无 □ | | | |
| 是否有其他疾病 | | □否 □是（ ） | |
| 是否有其他资助 | | □否 □是（资助方 金额： ） | |
| 已筹集人工耳蜗植入费用金额： | | | |
| 拟选人工耳蜗品牌及型号： | | | |
| 拟选人工耳蜗手术医院： | | | |

**审批意见表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 听障儿童 | |  | | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 康复机构推荐意见 | 单位盖章： 负责人签字： 日期： | | | | | |
| 项目组审核意见 |  | | | | | |
| 终审意见 | 通过 | 未通过 | 未通过原因 | | |
| ○ | ○ |  | | |
| 备注 |  | | | | | |

备注：申请表填写完整后，发电子邮件至邮箱：ailerong@foxmail.com。