**关爱老兵听力健康行动**

**救助申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请者姓名 | 　 | 性别 | 　 | 照片 |
| 出生日期 | 　 | 民族 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 监护人姓名 | 　 | 与申请者关系　 | 　 |
| 联系电话 |  |
| 通讯地址 | 　 |
| 听力损失程度（dB） | 左耳 | 　 | 右耳 | 　 |
| 家庭收入情况 | 家庭主要收入来源：( ) A.务农 B.务工 C.个体经营 D.其他： 家庭年收入： 元 |
| 是否获得过其他资助 | ( )A、是 （请注明）B、否 |
| 申请人情况介绍： |

 备注：申请表填写完整后，发电子邮件至邮箱：**adfc\_org@163.com**