



“拾聪者公益计划”听障成人医疗救助项目 申请表

一 《申请告知书》

- 1、本救助项目申请表由中国听力医学发展基金会制定并负责解释；
- 2、本项目救助对象为全国范围的贫困听障成人（18岁以上）；
- 3、申请人的所有申报材料由申请人自行负责填报，并保证所有信息的真实性和完整性。信息不真实不完整，基金会将不予受理；
- 4、本申请表的递交并不表示肯定获得救助；
- 5、项目指定医院负责申请者的医学条件审核；
- 6、获得救助的申请者，签署《捐赠协议书》；得到医疗款后填写《医疗救助接收单》
- 7、本文件为听障患者救助申请表，任何单位或个人不得挪作他用；
- 8、如申请材料中出现虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，中国听力医学发展基金会将不予救助；
- 9、申请人在填写申请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；
- 10、获得资助的听障患者和监护人均有责任和义务提供必要的文字、照片、影像等资料；
- 11、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，并由项目办公室统一销毁。

我确认已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申请规定。

听障患者（或其监护人）签名：

年 月 日



二 《申请表》

1、申请者基本信息

申请人姓名				性别		照片 (1寸)
出生日期				民族		
身份证号				联系电话		
家庭住址						
家庭成员情况	姓名	年龄	与本人关系	工作(学习)单位	月收入(元)	联系方式
影响家庭经济状况有关信息	家庭主要收入来源： <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 务工 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 其他：					
	家庭月收入(元)：			家庭人口数：		
	社会救助类型 <input type="checkbox"/> 城乡低收入家庭 <input type="checkbox"/> 城乡低保家庭 <input type="checkbox"/> 其他：					
	造成家庭经济困难的主要原因：					
<p>听力障碍发现时间：</p> <p>听力障碍确诊时间：</p> <p>听力情况：先天后天：<input type="checkbox"/>先天性耳聋 <input type="checkbox"/>后天性耳聋</p> <p>损失类型：<input type="checkbox"/>传导性耳聋 <input type="checkbox"/>感音神经性耳聋 <input type="checkbox"/>混合型耳聋</p> <p>听力损失：左耳 <input type="checkbox"/> 右耳<input type="checkbox"/></p> <p>患者目前语言能力：<input type="checkbox"/>简单交流 <input type="checkbox"/>能说几个词 <input type="checkbox"/>无任何语言</p> <p>患者是否患有其他重大疾病：<input type="checkbox"/>有(请说明)</p> <p><input type="checkbox"/>无</p>						



说明：除《申请表》外，申请者还需提供以下资料

- 1) 申请者身份证复印件（正反面）、户口本首页和本人页复印件
- 2) 申请人提供①低保证复印件、②贫困证明原件、③证明（说明家庭困难无力承担手术费用），三个证明中其中一个即可，[村（居）委会、街道（乡镇）]盖章后生效
- 3) 听力学检查结果和报告复印件（提供全部的结果和报告）
- 4) 影像学检查报告复印件（CT 或核磁检查报告单复印件, 取其一）
- 5) 医院出具的建议植入人工耳蜗的诊断证明书复印件；
- 6) 填写《肖像权授权书》

我本人保证上述资料的真实性，并为其负责：

申请人签字：

申请日期：

肖像权使用 授权书

本人（姓名）_____，身份证号：_____，

现特授权 中国听力医学发展基金会 免费使用本人及被监护人的肖像进行如下授权：

可用于包括但不限于照片、视频的拍摄制作，将含有相关肖像的照片、视频等用于 中国听力医学发展基金会 公益活动策划、宣传及相关媒体传播。

本人承诺不会就与该作品有关的肖像权、名誉权、隐私权、著作权等问题，向被授权人提出任何要求或诉讼。

本授权没有期限和地域限制。特此授权！

授权人（听障患者）（签字）：_____

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日