


听障患者人工耳蜗救助申请表

2022220

一、基本信息

听障患者姓名	叶明皓	性别	男	
出生日期	2011-12-25	民族	汉	
户籍所在地	广东省和平县			
家庭住址	彭寨镇马堆			
身份证号	[Redacted]			
残疾人证号 (持证必填)	[Redacted]	残疾等级	<input checked="" type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗保险 <input checked="" type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 无医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他			
户口类型	<input checked="" type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			
家庭情况				
家庭年总收入	¥28000.00	家庭人口	4人	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于城乡居民最低生活保障线 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭经济困难			
患者求助申请 (请描述求助理由,可附家庭情况说明)	一办四办,主要靠孩子父亲打工维持生活,孩子听力不好,需要做人工耳蜗手术恢复听力,我们家庭经济很困难,希望得到救助,让孩子恢复听力,谢谢! 申请人签名: 叶水林 日期: 2022-3-8			
家庭收入证明 (无固定收入的由户籍所在地街道或村委会加盖公章)	每年总收入: 28000元 工作单位: (盖章) 证明人: [Signature] 联系方式: 13627976096			

听障患者人工耳蜗救助项目申请表

二、听障患者听力情况简述

听力障碍发现时间	2012-12 .		
听力障碍确诊时间	2012-12 .	确诊医院	广州市妇幼保健院
听力情况	先天后天: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 感音神经性耳聋 <input type="checkbox"/> 混合型耳聋		
	听力损失: 左耳 <u>大耳</u> dBHL 右耳 <u>大耳</u> dBHL .		
已治疗情况	曾经治疗医院1: <u>广州市妇幼保健院</u> <u>广州市耳鼻喉科</u> 治疗花费: <u>5万</u> .		
助听设备使用情况:			
目前佩戴助听设备: <input type="checkbox"/> 没有佩戴任何助听设备 <input checked="" type="checkbox"/> 佩戴助听设备 品牌型号: <u>博尔康</u>			
开始佩戴时间: <u>2016</u> 年 <u>4</u> 月 <u>27</u> 日 左耳_____右耳_____ 目前佩戴效果: <u>设备故障</u>			
康复训练情况			
目前康复方式: <input type="checkbox"/> 机构康复 (康复时间____个月) <input checked="" 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: _____			
患者目前语言能力: <input type="checkbox"/> 简单交流 <input checked="" type="checkbox"/> 能说几个词 <input type="checkbox"/> 无任何语言			
患者是否患有其他重大疾病: <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否			
如患有重大疾病, 疾病情况简述: (必须说明)			
医院填写建议 (需盖章):			
建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元。 (大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u>)			
负责人签名: <u>杨打</u> 日期: <u>2022.3.24</u>			
广东公益恤孤助学促进会建议: <u>同意救助叁万</u>			
负责人签名: <u>高晓红</u> 日期: <u>2022.3.28</u>			





廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

听障患者人工耳蜗公益救助款收据

病童姓名: 叶明皓 性别: 男 年龄: 10岁
病种: 感音神经耳聋 治疗医院: 广东省第二人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款30,000元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为叶明皓的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈晓冰

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

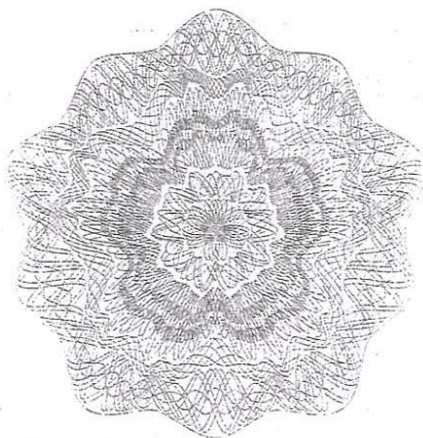
表等): 李铭婷

电 话: [REDACTED]

经办人: 张弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年4月29日



马培



核发单位: 和平县民政局

发证日期: 2021-08-19

户主姓名: 叶明皓

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	叶明皓	性别	男性
出生年月	2011-12-25	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	4人
居住地址	和平县彭寨镇		
户籍地址	和平县彭寨镇		
低保资金 发放账号	80010001465334717		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	叶明皓	本人	0元
	叶水林	父母	0元
	陈晓冰	父母	0元
	叶嘉欣	兄弟姐妹	0元

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

