


听障患者人工耳蜗救助项目申请表

2022224
一、基本信息

听障患者姓名	王海彬	性别	男	
出生日期	2008年9月3日	民族	汉	
户籍所在地	广东省丰顺县北斗镇			
家庭住址	[Redacted]			
身份证号	[Redacted]			
残疾人证号 (持证必填)	[Redacted]	残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input checked="" 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	约3万	家庭人口	7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)	素有一家7口人有4位老人需要赡养,永星两兄弟听力不好,弟弟已成人手脚,哥哥现在戴助听器效果越来越差,医生建议做人工耳蜗,永星两兄弟经济困难,希望得到救助。 申请人签名: 王海彬 日期: 2022-3-14			
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: 3万元 工作单位: [Redacted] (盖章) 证明人: [Redacted] 联系方式: 18211280563			

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	2010年		
听力障碍确诊时间	2010年	确诊医院	深圳市儿童医院
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 checked="" type="checkbox"/> 传导性耳聋 <input type="checkbox"/> 感性神经性耳聋 <input type="checkbox"/> 混合型耳聋		
	听力损失: 左耳 80 右耳 90		
已治疗情况	曾经治疗医院1: 深圳市儿童医院	治疗花费: 30元	
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: _____			
左耳 _____ 右耳 _____			
开始佩戴时间: 2010年11月3日 目前佩戴效果: 效果不理想			
康复训练情况			
目前康复方式: <input checked="" type="checkbox"/> 机构康复 (康复时间 6 个月) <input 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: 梅州市残疾人康复中心			
患者目前语言能力: <input checked="" type="checkbox"/> 简单交流 <input 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 30000元。 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)			
负责人签名: 梅州市残联 日期: 2022.3.24			
广东公益恤孤助学促进会建议: 同意救助为万之元			
负责人签名: 高晓凡 日期: 2022-3-24			



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: 王海彬 性别: 男 年龄: 13
病种: 感音神经性耳聋 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), 将作为王海彬的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾碧霞

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): 袁铭涛

电 话: 15011736519

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年4月29日

1916422

诊断证明书

证字第 号

姓名	王海彬	性别	男	年龄	13岁	科别	耳鼻喉	病案号	3501119930
单位						职务			

病史：自幼双耳听力下降。

检查：内听道MRI提示双侧大前庭导水管综合征。
ABR提示双耳均未引出。

诊断意见：1. 双侧极重度感音神经性耳聋

处理意见：
行电子耳蜗植入手术

广东省第二人民医院

医师



2022年(3)月21日

丰顺县北斗镇才口村村民委员会

证明

引才我村村民王松明：

曾晓霞：

患有先天性

之子王海彬：

极重度耳聋，经医院检查确诊需做人耳蜗

手术，因家庭经济困难，无力承担手术费

用，希为提供资金补助。

特此证明。

才口村村民委员会



2022.3.5.

