




听障患者人工耳蜗救助项目申请


一、基本信息

2022222

听障患者姓名	黄梓珊	性别	女	
出生日期	2012年11月17日	民族	汉	
户籍所在地	饶平县洪洲镇洪西居委会			
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 type="checkbox"/> 农户 <input checked="" type="checkbox"/> 非农户			
家庭情况				
家庭年总收入	432.	家庭人口	5	
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)	家有一女五口人,有两位老人需要赡养,家庭收入主要依靠黄心父母打工,黄心发现听力障碍后在很 多医院求医,现只有做人工耳蜗能恢复听力,希望 得到帮助 申请人签名: 黄梓珊 日期: 2022-3-11			
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: 4万元 工作单位 (盖章):  证明人:  联系方式: 8782842			

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	2015-11		
听力障碍确诊时间	2016-11	确诊医院	潮州市人民医院
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 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：左耳大于100dB 右耳大于100dB		
已治疗情况	曾经治疗医院1: 潮州市人民医院 治疗花费：三万		
助听设备使用情况：			
目前佩戴助听设备： <input checked="" type="checkbox"/> 没有佩戴任何助听设备 <input type="checkbox"/> 佩戴助听设备 品牌型号：_____			
左耳_____ 右耳_____			
开始佩戴时间：_____年____月____日 目前佩戴效果：_____			
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）：			
<p style="text-align: center;">建议给予医疗救助金 20000 元。 (大写：贰万零仟零佰零拾零元零角零分)</p>			
			
负责人签名：_____ 日期：2022.3.24			
广东公益恤孤助学促进会建议：同意救助叁万			
负责人签名：_____ 日期：2022.3.28			



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: 黄梓珊 性别: 女 年龄: 9周岁多
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), 将作为黄梓珊的治疗费用。

受助人 (监护人): 林少玲

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 苏舒婷

电 话: [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年4月29日

1916421

诊断证明书

证字第 号

姓名	黄梓珊	性别	女	年龄	9岁	科别	耳鼻喉	病案号	2501119935
单位					职务				

病史: 自幼双耳听力下降.

检查: ABR提示: 双耳 95dB nHL click I. II. V波均未见分化.

诊断意见: 1. 双侧极重度感音神经性聋

处理意见: 行电子耳蜗植入术



医师 方松

2022年3月21日

证 明

兹有我社区居民黄梓珊 性别女 身份证号码列 经医院检查确诊患有先天性极重度耳聋(详见医院检查报告书),需做人工耳蜗手术,据其母亲林少玲性别女 身份证号码列 反映,其家庭经济困难无力承担手术费用,希为其提供资金补助。

特此证明!



2022年3月9日

