



听障患者人工耳蜗救助项目申请表


2022223

一、基本信息

听障患者姓名	赖俊程	性别	男	
出生日期	2019年12月23日	民族	汉	
户籍所在地	广东省揭阳市普宁市			
家庭住址	广东省揭阳市普宁市			
身份证号	[Redacted]			
残疾人证号 (持证必填)		残疾等级	<input 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 type="checkbox"/> 农户 <input checked="" type="checkbox"/> 非农户			
家庭情况				
家庭年总收入	5000左右	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)	本人在一家私企上班,每月工资3500左右,因受疫情影响公司经营不善,现被排停薪待业,父母年事已高,老人在做零工,薪金不稳定,父亲有高血压,母亲有糖尿病,常年需要吃药调养,我发现小儿双耳失聪,由于无亲中精神失声的家,因此目前处于语言发育期。 申请人签名: 赖俊程 日期: 2021年12月29日 错过治疗时机将严重影响其语言发育,望早通过			
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: 5万元 工作单位(盖章):  证明人: 吴燕旋 联系方式: 13710179997			

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	2021.12.2		
听力障碍确诊时间	2021.12.10	确诊医院	中山大学附属第三医院
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 90dB 右耳 90dB		
已治疗情况	曾经治疗医院1: _____ 2: _____		治疗花费: _____
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 type="checkbox"/> 家庭训练 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 能说几个词 <input checked="" 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 40000 元。 (大写: 肆万零仟零百零拾零元零角零分)			
负责人签名: 杨打 日期: _____			
广东公益恤孤助学促进会建议: 同意救助叁万之壹			
负责人签名: 高晓红 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: 赖骏程	性别: 男	年龄: 2岁4个月
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), 将作为赖骏程的治疗费用。

受助人 (监护人): 赖洪州

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): 李合彬

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 138-22279353

日 期: 2022年4月29日

1916419

诊断证明书

证字第 号

姓名	赖骏程	性别	男	年龄	2岁	科别	耳鼻喉	病案号	3501051600
单位						职务			

病史：自幼双耳听力下降

检查：ABR提示双耳极重度感音神经性聋。

诊断意见：1. 双侧极重度感音神经性耳聋

处理意见：入院行电子耳蜗植入手术治疗。

广东省第二人民医院

医师



2022年1月18日

正字第

普宁市流沙北街道西园社区居民委员会

电话：0663-2241663

证 明

兹有我辖区居民赖洪洲（男 [REDACTED]），妻子张玲 [REDACTED]，父亲赖和胜 [REDACTED]，母亲赖练妹 [REDACTED]，儿子赖骏程 [REDACTED]。家庭经济收入低，根据医生检查诊断，赖骏程患双侧感音神经性听觉丧失，建议进一步行人工耳蜗植入或助听器治疗，请有关部门给予减免费用或照顾是荷。

特此证明



