


听障患者人工耳蜗救助项目申请

2022221
一、基本信息

听障患者姓名	梁开心	性别	女	
出生日期	2014.08.31	民族	汉	
户籍所在地	广东省清远市清新区浸潭镇新围村委会			
家庭住址	广东省清远市清新区浸潭镇新围村委会			
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	38000 元	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)	本人梁树生,家中共五口人,母亲年近多病需供养,自身工作不稳定因此收入也不稳定,育有两女儿,大女儿上学,年利已欠债数万,后小女儿身患听力言语残疾需手术,更添负担,家中生活拮据,无力负担此次手术费用,特此申请项目救助 申请人签名: 梁树生 日期: 2022年3月4日			
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: 38000元 工作单位 (盖章): 清新区浸潭镇新围村村委 证明人: 梁树生 联系方式: 0763-5638164			

听障患者人工耳蜗救助申请表

二、听障患者听力情况简述

听力障碍发现时间	2015年8月		
听力障碍确诊时间	2015年8月	确诊医院	广州市儿童医院
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 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 90 右耳 81		
已治疗情况	曾经治疗医院1: 广东省人民医院	治疗花费:	18万
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: 奥地利人工耳蜗			
左耳 _____ 右耳 <input checked="" type="checkbox"/>			
开始佩戴时间: 2018年6月10日		目前佩戴效果: 能简单交流 发音不清	
康复训练情况			
目前康复方式: <input checked="" type="checkbox"/> 机构康复 (康复时间 48 个月) <input type="checkbox"/> 家庭训练 <input type="checkbox"/> 未接受康复 康复简历: 2015年8月至2017年8月 康复机构: 广州市儿童医院训练中心			
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: 杨打 日期: 2022.3.24.			
广东公益恤孤助学促进会建议: 同意救助叁万圆			
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: 梁开心, 性别: 女, 年龄: 7岁半
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), 将作为梁开心的治疗费用。

受助人 (监护人): 邱细妹

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 高铭辉

电话: [REDACTED]

经办人: 梁开

电话: 13822279253

日期: 2022年4月29日

1916424

诊断证明书

证字第

号

姓名	梁开心	性别	女	年龄	8岁	科别	耳鼻喉	病案号	3501120144
单位						职务			

病史:

自幼双耳听力下降.

检查:

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:

入院行电子耳蜗植入手术治疗.

广东省第二人民医院

医师

