

听障患者人工耳蜗救助项目申请表

一、基本信息

2023339

听障患者姓名	李忻泓	性别	男	
出生日期	2018.12.26	民族	汉	
户籍所在地	广东省肇庆市怀集			
家庭住址	广东省怀集县冷坑镇田心			
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 type="checkbox"/> 农户 <input checked="" type="checkbox"/> 非农户			
家庭情况				
家庭年总收入	¥3000.00	家庭人口	5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)	孩子发现听力不好后已经花费了不少费用求医治疗但效果都不好,由于经济不好也一直没有给孩子做人工耳蜗,现在得知有救助,希望能得到救助,让孩子重回有声世界 申请人签名: 李裕大 日期: 2023.4.4			
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: ¥3000.00 工作单位 (盖章): 证明人: 李裕大 联系方式: 0758. 5660205			

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	2021-9		
听力障碍确诊时间	2021-10	确诊医院	佛山市妇幼保健院
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 105dB 右耳 105dB		
已治疗情况	曾经治疗医院1: 佛山市妇幼保健院 治疗花费: 200元		
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 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 30000 元。 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)			
负责人签名: 杨超 日期: 2023.5.15			
广东公益恤孤助学促进会建议: 同意救助叁万之整			
负责人签名: 马晓红 日期: 2023.6.5			





# 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: 李忻泓 性别: 男 年龄: 4岁  
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), 将作为李忻泓的治疗费用。

受助人 (监护人): 李培煌

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 李忻泓

电 话: [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279753

日 期: 2023年6月7日

1916431

# 诊断证明书

证字第 号

姓名	李河泓	性别	男	年龄	4	科别	耳鼻喉	病案号	3501407110
单位						职务			

病史：自幼听力下降

检查：MR提示双耳极重度感神经性耳聋

诊断意见：1. 双耳极重度感音神经性耳聋

处理意见：  
入院行电子耳蜗植入术

广东省第二人民医院

医师 李百东

2023 年 七月 十日



# 怀集县冷坑镇田心村民委员会

## 证明

兹有我村村民李培煌，男。

身份证号码：~~XXXXXXXXXXXX~~ 由

于一直在家务农或散工（无固定工）

属于收入低，情况属实。

特此证明

冷坑镇田心村民委员会  
主任：李秀芳

2023.4.22

