



听障患者人工耳蜗救助项目申请表

一、基本信息

2023340

| | | | | |
|------------------------------------|---|------|---|---|
| 听障患者姓名 | 李悦冬 | 性别 | 男 |  |
| 出生日期 | 2019.12.29 | 民族 | 汉 | |
| 户籍所在地 | 广东省揭阳市揭东区 | | | |
| 家庭住址 | 云路镇洪住村 | | | |
| 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 | 约6万元 | 家庭人口 | 5人 | |
| 家庭经济状况 | <input checked="" type="checkbox"/> 家庭人均收入低于城乡居民最低生活保障线 <input 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) | 人口多,劳力少,妻子残疾(聋哑),子女年幼,且二女儿也是聋儿,2020年10月在省第二人民医院植入人工耳蜗,经济实在困难 申请人签名: 李耿焯 日期: 2023.4.10 | | | |
| 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: 约6万元 工作单位(盖章):  证明人: 谢夏生 联系方式: 13751650918 | | | |

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 | 2021.2 | | |
| 听力障碍确诊时间 | 2021.08.23 | 确诊医院 | 广东省第二人民医院 |
| 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 >100DBHL 右耳 >100DBHL | | |
| 已治疗情况 | 曾经治疗医院: 广东省第二人民医院 | 治疗花费: | ¥2100.00 |
| 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 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: 2023.5.27 | | | |
| 广东公益恤孤助学促进会建议: 同意救助叁万之电 | | | |
| 负责人签名: 郭小 日期: 2023.5.27 | | | |





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: 李悦冬 | 性别: 男 | 年龄: 3岁5个月 |
| 病种: 感音神经耳聋 | 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），将作为李悦冬的治疗费用。

受助人（监护人）: 李取婧

电话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: 袁舒婷

电话: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

经办人: 袁舒婷

电话: 13822279353

日期: 2023年6月7日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第20230602Z821005号

| | | | | | | | | | |
|----|-----|----|---|----|----|----|--------------|-----|--------|
| 姓名 | 李悦冬 | 性别 | 男 | 年龄 | Y3 | 科别 | 耳鼻咽喉头颈 外科 | 住院号 | 639974 |
|----|-----|----|---|----|----|----|--------------|-----|--------|

病史及简要诊疗工作:

患者因“自幼双耳听力下降”于2023-06-02在我院住院治疗,入院后行相关检查,排除手术禁忌症后拟行右侧人工耳蜗植入手术。

诊断意见:

双侧极重度感音神经性耳聋(语前聋)

处理意见:

- 符合广东省人力资源和社会保障厅关于将人工耳蜗纳入基本医疗保险支付范围的通知(粤人社规[2017]12号):(一)双侧极重度感音神经性耳聋;(二)7周岁以下的语前聋患者。
- 住院行右侧人工耳蜗植入手术治疗。

广东省第二人民医院

医师:

2023年 06月 02日



家庭成员照片

| | |
|---|----------------------------------|
|  | 核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片) |
| 姓名: <u>李悦冬</u> | 姓名: |
| 核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片) | 核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片) |
| 姓名: | 姓名: |



核发单位: 揭东区民政局
 发证日期: 2020.08.12
 户主姓名: 李耿炼
 身份证号码: [REDACTED]
 低保证编号: [REDACTED]

| | | | | |
|--------------------|-------------------|-----------|----------|----------|
| 户主姓名 | <u>李耿炼</u> | | 性别 | <u>男</u> |
| 出生年月 | <u>1978.10.16</u> | | 民族 | <u>汉</u> |
| 社保卡 (医保卡) 号码 | | 家庭人口 | <u>6</u> | |
| 居住地址 | <u>云路镇 洪往村</u> | | | |
| 户籍地址 | <u>揭东区 云路镇</u> | | | |
| 低保资金 发放账号 | <u>[REDACTED]</u> | | | |
| 家庭 成员 情况 | 姓名 | 关系 | 月收入 | |
| | <u>李耿炼</u> | <u>本人</u> | | |
| | <u>谢映专</u> | <u>父母</u> | | |
| | <u>谢晓珊</u> | <u>配偶</u> | | |
| | <u>李悦冰</u> | <u>女</u> | | |
| | <u>李愉冰</u> | <u>儿子</u> | | |

家庭成员照片

| | |
|---|---|
|  |  |
| 姓名: <u>谢映专</u> | 姓名: <u>谢晓珊</u> |
|  |  |
| 姓名: <u>李悦冰</u> | 姓名: <u>李愉冰</u> |

33床

