

听障患者人工耳蜗救助项目申请表

一、基本信息

2023341

听障患者姓名	陈梓轩	性别	男	
出生日期	2021.2.27	民族	汉	
户籍所在地	广东省清新县			
家庭住址	广东省清远市清新县禾坑镇			
身份证号				
残疾人证号 (持证必填)		残疾等级	☒ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级	
享受医疗保险情况	☐ 享受城镇职工基本医疗保险 ☒ 享受城乡居民基本医疗保险 ☐ 享受医疗救助 ☐ 无医疗保险 ☐ 其他			
户口类型	☒ 农户 ☐ 非农户			
家庭情况				
家庭年总收入	35000	家庭人口	5	
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于城乡居民最低生活保障线 ☒ 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)	爸爸是临工,工资不稳定,每个月3200的收入,妈妈是全职带孩子,爷爷血压高,每个月都要吃药,费用500元,奶奶做手工补贴家用,500元左右,孩子还小,买奶粉那些1200,家庭总支出大概4400元左右。家庭经济困难,望能申请到救助。 申请人签名: 陈兰娟 日期:			
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: 35000元 工作单位 (盖章): 证明人: 陈兰娟 联系方式: 13727114722			

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	2022.1.17		
听力障碍确诊时间	2022.1.17	确诊医院	广州妇女儿童医疗中心
听力情况	先天后天： ☒ 先天性耳聋 ☐ 后天性耳聋		
	损失类型： ☐ 传导性耳聋 ☒ 感音神经性耳聋 ☐ 混合型耳聋		
	听力损失：左耳 100 右耳 100		
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： ☒ 没有佩戴任何助听设备 ☐ 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： ☐ 机构康复（康复时间 个月） ☐ 家庭训练 ☒ 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： ☐ 简单交流 ☐ 能说几个词 ☒ 无任何语言			
患者是否患有其他重大疾病： ☐ 是 ☒ 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 20000 元。 （大写：贰万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名： 日期：2023.4.27			
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： 日期：2023.5.22			



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: 陈梓轩	性别: 男	年龄: 两岁
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), 将作为陈梓轩的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈兰妍

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): 陈兰妍

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 13822279383

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20230602Z821003号

姓名	陈梓轩	性别	男	年龄	Y2	科别	耳鼻咽喉头颈 外科	住院号	639963
----	-----	----	---	----	----	----	--------------	-----	--------

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：

1. 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。

2. 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：[Signature]

2023年 06月 02日

广东省第二人民医院

诊断证明

专用章

证明

兹有清远市清新区禾云镇新平村委会
村民陈梓轩，身份证号码：
，该人员残疾，因双耳极度
耳聋，经鉴定为一级，该村民家庭收入低，生活
困难，情况属实。

特此证明

禾云镇新平村委会
2023年3月28日



