

听障患者人工耳蜗救助项目申请表

一、基本信息

2024416 (省二医-听障青少年)

听障患者姓名	卡	性别	男		
出生日期	2019-12-03	民族	汉		
户籍所在地	肇庆				
家庭住址	广东省				
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	¥20000.00	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)	患者父母离异,父亲赡养一男一女,没有固定工作,现需植入人工耳蜗,生活困难。 申请人签名: 卡 日期: 2024.4.3				
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: 20000 元 工作单位 (盖章) 证明人: 蔡祥兴 联系方式:				



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年10月		
听力障碍确诊时间	2023年10月	确诊医院	广州市儿童医院
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 90 dBHL 右耳 100 dBHL		
已治疗情况	曾经治疗医院1：广州市儿童医院		治疗花费：2元
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：峰力 左耳 Sky B 90 右耳 Sky B 90 开始佩戴时间：2023年10月 日 目前佩戴效果：能听声音有改善			
康复训练情况			
目前康复方式： ☒ 机构康复（康复时间 1 个月） ☐ 家庭训练 ☐ 未接受康复 康复简历：2024年3月至 年 月 康复机构：广州市残联			
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 30,000 元。 （大写：叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名：杨利 日期：			
广东公益恤孤助学促进会建议：同意救助叁万零仟零佰零拾零元零角零分 负责人签名：李生小 日期：2024.7.15			





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: 卢

性别: 男

年龄: 4岁

双侧极重度

病种: 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), 将作为卢家的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年 8 月 2 日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第20240801Z821002号

姓名	卢	性别	男	年龄	Y4	科别	耳鼻咽喉头颈 外科	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	--------------	-----	--

病史及简要诊疗工作:

患者因“自幼听力下降”于2024-08-01在我院住院治疗,入院后完善相关检查,排除手术禁忌症后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

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。
- 住院行左侧人工耳蜗植入手术治疗。



2024年 08月 01日

证明

兹有我村 [REDACTED] 卢 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED]
与妻子离婚，其独自赡养一男一女，没有固定工作，单靠打散工来为
维持家庭，其女儿卢 [REDACTED] 在读小学一年级，儿子由于先天聋哑属于残
疾人，目前在 [REDACTED] 聋哑学校读书，需要安装耳蜗，生活困难。需要向
有关部门申请困难资助，望批准为盼。

特此证明



