

# 北京屈正爱心基金会芙蓉爱耳基金 人工耳蜗项目

## 申 请 登 记 表

申请儿童姓名：\_\_\_\_\_

年龄：\_\_\_\_\_岁 \_\_\_\_\_月

出生日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 填报说明

一、此表为“芙蓉爱耳基金人工耳蜗”项目申请登记专用表，用蓝色、黑色签字笔或钢笔完整填写表中各项内容。

二、此表所列个项内容要求如实填写，所提供材料真实有效，否则将被取消申请资格。

三、此表由十一项内容组成，具体填写要求说明如下：

（一）第一至第三项由听障儿童法定监护人根据自身情况如实填写，其中“家庭年人均收入”指家庭上年度总收入<sup>【1】</sup>除以家庭总人口。

（二）第五至第八项由听障儿童法定监护人将患儿及法定监护人户口本、身份证复印件粘贴到指定位置。

（三）第九项请将经济状况证明原件<sup>【2】</sup>粘贴至指定位置。

（三）第十至十一项由听障儿童法定监护人提供项目指定筛查机构或定点手术医院出具的检查结果，项目工作人员应对其进行核对、确认后粘贴至指定位置，核对签字有效。

**提示：**以填表日期计算，第十一项要求提供6个月以内的检查结果，超过时间要求视为无效结果。

**【1】**家庭总收入包括四大部分：①工资性收入：包括工资及补贴收入、其他劳动收入。②经营性净收入：指家庭成员从事生产经营活动所得的净收入。③财产性收入：包括利息收入、股息与红利收入、保险收入、其它投资收入、出租房屋收入、知识产权收入。④转移性收入：包括养老金或离退休金、社会救济收入、辞退金、赔偿收入、保险收入、失业保险金、赡养收入、捐赠收入、亲友搭伙费、提取住房公积金、记账补贴、其他转移收入。

**【2】**经济状况证明：在职人员需出具所在单位核准盖章并签字的收入证明；离退休人员和失业人员由退休金和失业救济金发放单位出具；无工作单位的由户籍所在街道办事处（乡镇政府）出具收入证明。

## 知情告知

在您决定是否申请人工耳蜗救助项目之前须仔细阅读以下内容，并签署知情同意书。

1、此项目是北京屈正爱心基金会救助贫困失聪儿童专项基金（以下简称“芙蓉爱耳基金”）为贫困失聪儿童进行人工耳蜗植入手术所开展的公益资助的项目。了解项目内容可以通过：（1）向项目定点手术医院耳鼻喉科咨询；（2）登陆网站：[www.quzheng.org](http://www.quzheng.org) 查询。

### 2、项目流程



### 3、申请需要做好以下准备：

（1）提供真实有效的申请材料（如：照片、身份证、经济收入证明、各项检查结果等）。

（2）家庭有能力承担与救助补贴之外的相关费用。

（3）要详细了解人工耳蜗植入术的风险及手术禁忌症。

（4）要了解人工耳蜗植入后调机的重要性以及调机的频次、费用。人工耳蜗植入术一个月后在手术医院开机，开机后第一个月每周需要调机1次、第二个月每半个月调机1次、从第三个月起每月一次，以后根据具体情况不定期调机。调机的次数因个体差异而定。调机对于孩子的术后康复有非常重要的作用，原则上患者应在手术医院或有条件的康复机构进行术后调机。如果术后调机地点改变，每半年回开机医院复诊一次。调机费按照当地的收费标准交纳。

（5）请尽量在术前确定康复机构。家庭要有专人陪伴孩子配合康复机构术后康复训练。人工耳蜗植入后孩子能够听见，但要听懂、会说需要长期的康复，家长在康复中的作用非常重要。

（6）家长要对术后康复效果有适当的期望值。术后康复效果与多种因素有关，如患者听力损失程度、术前及术后康复训练情况、家长配合程度、孩子智力水平和个体差异等，因此，如短期康复效果未能达到预期目标，应有心理准备并坚持长期的康复训练。

## 知情同意书

我已经阅读了上述有关项目的介绍，知道人工耳蜗植入可能产生的风险和申请的准备及要求。我自愿申请并做以下承诺：

- 我承诺自愿承担人工耳蜗手术风险；
- 我能够积极配合手术植入后调机工作，并做好相关费用的准备
- 我们会陪伴孩子做好术后长期的康复训练；
- 我对人工耳蜗术后康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果如未能达到预期目标有心理准备。
- 我 ☐ 已自愿选择并确定 ☐ 未选择 康复训练机构，并配合项目的长期术后跟踪评估。

（请在方框内勾选，如未选择，强烈建议您在术前尽快确定术后康复训练机构）

- 我承诺无偿提供孩子影像资料、评估音像资料用于项目宣传和学术交流报告。
- 我 ☐ 同意 ☐ 不同意 将患儿照片及资料上传至屈正爱心网开展定点救助。（请在方框内勾选）
- 我自愿申请芙蓉爱耳基金人工耳蜗项目，遵守项目的有关要求，服从项目的审核、手术医院等内容的安排。

听障儿童姓名（申请者）：\_\_\_\_\_

法定监护人签字（申明人）：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

一、听障儿童一般情况：

|                   |                                                               |     |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|-----|--|
| 听障儿童姓名            |                                                               | 性 别 |  |
| 出生年月日             | 年 月 日                                                         | 民 族 |  |
| 身份证号码             |                                                               |     |  |
| 户籍所在地<br>(按户口本填写) |                                                               |     |  |
| 现居住地址             |                                                               |     |  |
| 通讯地址              | 户籍所在地 <input type="checkbox"/> 现居住地址 <input type="checkbox"/> |     |  |
| 居住地住宅电话           |                                                               | 邮 编 |  |

二、家庭基本情况：

是否单亲： 是 ☐ 否 ☐

|                   |    |         |    |         |
|-------------------|----|---------|----|---------|
| 家庭人口              |    | 家庭劳动力人口 |    |         |
| 家庭年总收入            |    | 家庭人均年收入 |    |         |
| 家庭所在地<br>区居委会或村委会 |    |         |    |         |
| 负责人               |    | 电话      |    |         |
| 共同生活的家庭其他成员信息     |    |         |    |         |
| 姓名                | 性别 | 与申请人关系  | 职业 | 是否有听力障碍 |
|                   |    |         |    |         |
|                   |    |         |    |         |
|                   |    |         |    |         |
|                   |    |         |    |         |
|                   |    |         |    |         |

三、父母情况表（如申请人没有父母或父母没有民事行为能力，则为其监护人）

|               | 父 亲 | 母 亲 |
|---------------|-----|-----|
| 姓名            |     |     |
| 出生日期          |     |     |
| 身份证号          |     |     |
| 民族            |     |     |
| 文化程度          |     |     |
| 工作单位<br>或生活来源 |     |     |
| 职务/职业         |     |     |
| 年收入           |     |     |
| 健康状况          |     |     |
| 听力情况          |     |     |
| 电话            |     |     |
| 电子邮件          |     |     |
| 家庭住址          |     |     |
| 邮政编码          |     |     |

#### 四、患儿生活照

照片  
粘贴处

五、患儿户口本本人页复印件

文件  
粘贴处



六、患儿户口本首页复印件

文件  
粘贴处

七、患儿法定监护人户口本复印件

文件  
粘贴处

八、患儿法定监护人身份证复印件（正反两面）

文件  
粘贴处

九、经济状况证明原件：

表一  
粘贴处

表二  
粘贴处

## 十、病史询问（由医生采集或指导填写）

### （一）耳鼻咽喉科及口腔科检查情况

耳廓：左耳：正常☐ 畸形☐；右耳：正常☐ 畸形☐  
耳道：左耳：正常☐ 畸形☐；右耳：正常☐ 畸形☐  
鼓膜：左耳：正常☐ 穿孔☐ 充血☐；右耳：正常☐ 穿孔☐ 充血☐  
耳科手术史：有☐ 无☐  
唇裂：有☐ 无☐  
腭裂：有☐ 无☐

### （二）孕产史及生长发育史

母孕期：早孕感染史：有☐ 无☐  
用药史：有☐ 药物名称：\_\_\_\_\_ 无☐  
长期接触噪声史：有☐ 无☐ 经常桑拿史：有☐ 无☐  
长期接触有毒物质史：有☐ 无☐ 外伤史：有☐ 无☐  
个人史：足月产☐ 早产☐ 顺产☐ 难产☐ 助产☐ 引产☐ 剖腹产☐  
出生时缺氧：有☐ 无☐ 出生体重\_\_\_\_\_g  
生长发育是否正常 是☐ 否☐ （\_\_\_\_\_）  
既往疾病史：传染病史有☐ 无☐ 其他疾病史有☐ 无☐  
遗传性耳聋史：有☐ （与患者关系：\_\_\_\_\_） 无☐  
其它发育障碍：无☐ 有☐（☐自闭症 ☐智力☐ 视力☐ 肢体☐ 其它\_\_\_\_\_）

### （三）助听器使用情况

耳聋确诊时间：\_\_\_\_\_  
是否佩戴助听器：否☐ 是☐ 配戴耳：左☐ 右☐  
选配年龄：\_\_\_\_\_岁 \_\_\_\_\_个月；  
助听器配戴时间：<3 个月☐ 3—6 个月☐ 6—12 个月☐ >12 个月☐  
助听器类型：模拟机☐ 数码编程机☐ 全数字机☐  
助听器功率：中功率☐ 大功率☐ 特大功率☐  
助听器品牌型号：左耳\_\_\_\_\_；右耳\_\_\_\_\_

**(四) 目前康复状况及语言能力**

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 ☐

康复起始时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

现在所在康复机构名称：\_\_\_\_\_

家长评价申请者目前语言能力：简单交流 ☐ 能说几个词 ☐ 无任何语言 ☐

**(五) 家庭康复认识及术后期望值**

家长是否接受过康复培训：是 ☐ 否 ☐

家长对手术植入风险和术后康复的重要性的认识：有 ☐ 无 ☐

家长对人工耳蜗植入后的期望值：能听到声音 ☐ 能简单交流 ☐ 能正常交流 ☐

家庭中是否有专人陪伴康复：有 ☐ （与儿童的关系\_\_\_\_\_） 无 ☐

**(六) 拟选术后康复机构：** \_\_\_\_\_

**医生签字：**

十一、患儿听力及影像检查结果报告单复印件（由医生审核粘贴）

# 裸耳测听报告单 复印件



# 助听听阈评估报告单 复印件

# 听性脑干反应（ABR） 测听报告单复印件

耳声发射（OAE）  
报告单复印件

# 40Hz检查报告单

## 复印件

# 颞骨CT报告单

# 颅脑磁共振成像（MRI） 报告单

初筛审批意见表

|               |                                                                                                                                |      |       |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| 听障儿童姓名        |                                                                                                                                | 出生日期 | 年 月 日 |
| 专家委员会         | 通过                                                                                                                             | 未通过  | 未通过原因 |
| 初审意见          | ○                                                                                                                              | ○    |       |
| 专家委员会<br>专家签字 |                                                                                                                                |      |       |
| 救助部           | 通过                                                                                                                             | 未通过  | 未通过原因 |
| 初审意见          | ○                                                                                                                              | ○    |       |
| 救助部<br>专家签字   |                                                                                                                                |      |       |
| 备注            |                                                                                                                                |      |       |
| 结果反馈情况        | <div><input type="checkbox"/>电话      <input type="checkbox"/>现场</div> <div>反馈日期：      年      月      日</div> <div>工作人员签字：</div> |      |       |

## 附件

### 北京屈正爱心基金会芙蓉爱耳基金人工耳蜗项目

#### 经济状况证明

##### 一、申请人家庭经济收入状况证明：

| 上一年度全年经济收入状况                          |             |      |    |
|---------------------------------------|-------------|------|----|
|                                       | 全年固定收入      | 其他收入 | 说明 |
| 父亲                                    |             |      |    |
| 母亲                                    |             |      |    |
| 其他有经济收入的家庭成员                          |             |      |    |
| 合计                                    |             |      |    |
| 本年度当前经济收入状况<br>(需提供收入证明, 将具体要求参照填报说明) |             |      |    |
|                                       | 月平均<br>固定收入 | 其他收入 | 说明 |
| 父亲                                    |             |      |    |
| 母亲                                    |             |      |    |
| 其他有经济收入的家庭成员                          |             |      |    |
| 合计                                    |             |      |    |

单位、街道居民委员会或村委会盖章

年 月 日



二、申请人家庭经济状况证明：

| 财产明细   |       |    |
|--------|-------|----|
| 类别     | 价值（元） | 备注 |
| 住房     |       |    |
| 储蓄     |       |    |
| 农机、车辆等 |       |    |
| 家电     |       |    |
| 家具     |       |    |
| 养殖     |       |    |
| 其他贵重物品 |       |    |
| 合计     |       |    |
| 债务情况   |       |    |
| 缘由     | 金额（元） | 说明 |
|        |       |    |
|        |       |    |
|        |       |    |
| 合计     |       |    |

单位、街道居民委员会或村委会盖章

年 月 日