附表1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 儿童身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 监护人姓名 |  | 工作单位 |  | 与儿童关系 |  |
| 监护人身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话 | 宅电 | 家庭住址 |   | 邮编 |  |
| 手机 | 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 听力损失及康复情况 | 发现耳聋月龄：\_\_\_是否有家族耳聋史： □无 □有 与儿童关系 \_\_\_\_ 平均听力损失：左耳\_\_\_\_ dB HL 右耳 \_\_\_\_ dB HL 助听器配戴：□否 □是（开始配戴时间：\_\_岁 个月） 配戴耳：□左 □右 目前康复状态：□机构康复 □家庭康复 □未接受康复接受救助后家庭中有无专人陪伴康复 ：□无 □有 与儿童关系 \_\_\_\_ |
| 家庭经济状况 | □家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线□家庭经济困难 |
| 享受医疗保险情况 | □享受城镇居民基本医疗 □享受新型农村合作医疗□享受医疗救助 □享受其他保险□无医疗保险 | 户口类别 | □农业户口□非农业户口 |
| 监护人申请 | 申请人：年 月 日 |
| 社区、村委会意见 | 审核人：公章年 月 日 |
| （ ）残联审批意见 | 审核人：公章年 月 日 |

**听力残疾儿童助听器康复救助项目申请审批表**

说明：1、残联审批意见按照各省规定执行；2、此表由终审部门留存，定点康复机构复印备案。