



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

北京屈正爱心基金会 听力重建项目

(芙蓉爱耳基金)

申 请 登 记 表

申请人姓名：_____

出生日期：_____年 _____月_____日

申请日期：_____年_____月_____日

填报说明

1. 此表为听力重建项目申请登记专用表，请用黑色签字笔完整填写表中各项内容。
2. 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。
3. 此表由12项内容组成，具体填写要求说明如下：

（1）第1至第3项由患者或监护人根据实际情况如实填写，其中“家庭人均年收入”指家庭上年度总收入【¹】除以家庭总人口。

（2）第5至第8项由患者或监护人将患者本人及共同生活家庭成员户口本、身份证复印件粘贴到指定位置。

（3）第9项请将经济状况证明原件【²】粘贴至指定位置。

（4）第10至11项由患者或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11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：在职人员可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可由退休金和失业救济金发放单位出具收入证明；所在（乡镇政府/街道办事处/居委会）出具收入证明。

（满足其一即可）

知情告知

在您决定是否申请听力重建项目之前须仔细阅读以下内容，并签署知情同意书。

1. 项目介绍

救助范围涵盖人工耳蜗植入手术、骨导式听觉植入及中耳植入手术、促进人工听觉植入手术、听力康复、防预防及教育事业发展等方面，可以更好的服务全年龄段不同的失聪人群，旨在帮助困境失聪人群重回有声世界，促进人工听觉植入手术、听力康复、防预防及教育事业发展。

2. 申请渠道

- (1) 向项目定点手术医院耳鼻喉科提交申请。
- (2) 登陆北京屈正爱心基金会官网：<http://www.quzheng.net.cn>查询。

3. 申请流程



4. 申请须知

- (1) 提供真实有效的申请材料（如：身份证、户口本、困境证明、诊断证明、治疗发票、出院证明或出院小结复印件等）。
- (2) 需有能力承担除救助补贴之外的相关费用。
- (3) 需详细了解人工耳蜗植入术的风险及手术禁忌症。



(4) 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1个月每周需要调机1次、第2个月每半个月调机1次、从第3个月起每月1次，此后根据具体情况不定期调机。调机的次数因个体差异而定。调机对于失聪人群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。若为未成年人，家庭要有专人陪伴配合康复机构术后康复训练。人工耳蜗植入后需要长期的康复，家长在康复中的作用非常重要。

(6) 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、家庭配合程度、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；
- 我会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

- 如果获得资助，我同意配合项目的宣传和采访活动，无偿提供影像资料、评估音像资料用于项目宣传和学术交流报告。
- 我同意将照片及资料上传至北京屈正爱心基金会官网开展定点救助。
- 我自愿申请听力重建项目，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。

申请人（或监护人）签字：_____

（按手印）

签字日期：_____ 年_____ 月_____ 日



一、患者基础信息（以下表格请手写）

姓 名			性 别		
出生日期	年	月	日	民 族	
身份证号码					
户口所在省		所在市		所在区县	
现居住地址					
通讯地址	户籍所在地□ 现居住地址□				
联系电话			邮 编		

二、家庭基本情况

家庭情况陈述 (申请人或监护人手写) 字数不低于200字	

共同生活的家庭成员信息表

姓名	与患儿关系	年龄	职业	年收入	年支出

举例：

患者姓名	本人	20岁	工人	低保收入1000元	一年支出XX元，生活费XX元。
------	----	-----	----	-----------	-----------------

三、家庭未还清的债务情况

借债时间	债务原因	借债金额	是否偿还

四、经济状况证明

家庭财产基本情况			
类别	说明		价值（元）
住房	☐ 自建房	☐ 自建楼房 ☐ 安置房 ☐ 回迁房 ☐ 土坯房 ☐ 砖瓦房 ☐ 其他， （ ）间 （ ）平方米	（ ）元
	☐ 商品房	面积（ ）平米（ ）室	（ ）元
农业生产工具	☐ 拖拉机 ☐ 播种机 ☐ 水稻收割机 ☐ 插秧机 _____ 其他		（ ）元
主要交通工具	☐ 面包车 ☐ 电动车 ☐ 摩托车 ☐ 自行车 ☐ 私家小汽车，品牌_____ 购买时间：_____年		（ ）元
合 计			
家庭经济收入来源基本情况			
类别	上一年度	本年度	备注说明
主要劳动人口 （人数及姓名）			
打工年收入			职业工种（ ）
农业 （包括园林种植收入）			农地 （ ）亩
养殖业 （包括畜禽、水产等收入）			养殖种类（ ）
商业经营收入			
农村养老金或退休金收入			
低保、残疾、特困家庭收入			

五、患者图片信息表（请提供日常生活照）

单人7寸以内正面照

照片
粘贴处



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

六、患者及法定监护人身份证复印件（正反两面）

文件
粘贴处



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

七、患者户口本首页复印件

文件
粘贴处



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

八、患者户口本本人页复印件

文件
粘贴处



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

九、共同生活家庭成员户口本复印件

文件
粘贴处



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

十、收入证明原件

附件1
粘贴处



十一、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：_____

申请者目前语言能力：简单交流 ☐ 能说几个词 ☐ 无任何语言 ☐

(五) 康复认识及术后期望值

申请人（监护人）是否接受过康复培训： 是 ☐ 否 ☐

对手术植入风险和术后康复的重要性的认识：有 ☐ 无 ☐

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 ☐

是否有专人陪伴康复：有 ☐ （与申请人的关系_____） 无 ☐

(六) 拟选术后康复机构： _____

医生签字：



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

十二、申请人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



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

助听听阈评估报告单 复印件



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

听性脑干反应（ABR） 测听报告单复印件



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

耳声发射（OAE） 报告单复印件



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

40Hz检查报告单 复印件



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

颞骨CT报告单



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

颅脑磁共振成像（MRI） 报告单

初筛审批意见表

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 专家签字			
基金会	通过	未通过	未通过原因
初审意见	○	○	
项目部 负责人签字			
备注			
结果反馈情况	☐ 电话 ☐ 现场 反馈日期: 年 月 日 工作人员签字:		



附件1

收入证明

兹证明_____为_____（家庭地址）

居民，家庭基本情况如下：

一、家庭人口共_____人；

二、家庭成员组成（备注关系）：_____；

_____；

三、目前家庭因_____

_____，

特申请资助款。

以上信息属实。

乡镇政府/街道办事处/居委会

（盖章）

经手人签字：

经手人电话：