**益耳计划**

**助学救助申请表**

照片

受助人姓名： 性别： 出生日期：

监护人： 联系方式：

申报日期：

**注：受助人监护人填写申请表后还需要提供以下资料：**

**（1）受助人户口本复印件及监护人身份证、户口本复印件；**

**（2）在校证明或学生证（复印件）；**

**（3）受助人残疾证复印件，或相关医学诊断证明、听力检查报告（复印件）。**

**申请救助须知**

1. 益耳计划是由中国听力医学发展基金会发起的公益项目，不向受助人家庭收取任何申请费用，未尽事宜由项目办公室负责解释。
2. 资助对象为在校听障学生。
3. 受助人的所有申报材料由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；如经核实发现有虚假、伪造或隐瞒等情况，项目办公室将不予评审资料，救助款已拨付的有权收回，并追究相关人员的法律责任。
4. 本申报表的递交并不表示肯定获得资助；无论是否获得救助，申报表及相关资料均不予退回。
5. 得到资助的受助人，资助款项将直接拨付至受助人或监护人账户。受助人如在资助期擅自离开，不在学校接受教育学习，项目提供的所有资助将被终止。
6. 获得资助的听障儿童及其监护人均有责任和义务提供必要的文字、照片、影像等反馈资料，并同意使用其照片、影像等资料用于公益目的的宣传和采访活动。
7. **受助人的法定监护人在填写申报材料前需认真阅读并完全理解《申请救助须知》的内容，并同意所有告知事项。**

监护人： （签字及手印）

**基本信息表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  | | 身份证号 |  | |
| 户籍所在省 |  | 所在市 |  | 所属县 |  |
| 现居住地址 |  | | | | |
| 家庭成员 | | | | | |
| 父亲姓名 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 母亲姓名 |  | 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 共同生活的其他家庭成员的信息 | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 亲属关系 | 职业 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 家庭总人口 |  | | 家庭年总收入 | |  |
| 家庭经济  收入来源 | （请如实填写家庭成员工作情况，包括固定工作人员、外出打工人员、退休人员的收入情况） | | | | |
| 家庭支出  情况介绍 | （近五年内，家庭重大变故/重大疾病/其他重大支出情况介绍） | | | | |
| 是否有其他疾病 | □否 □是（ ） | | | | |
| 是否有其他资助 | □否 □是（资助方 金额： ） | | | | |