**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，不向听障儿童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0-12岁弱势听力障碍儿童。
3. 听障儿童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. 得到资助的听障儿童，资助款项将直接拨付至听障儿童所在康复机构账户。受助人如在资助期擅自离开，不在康复机构接受康复训练，项目提供的所有资助将被终止。
6. 受助人及监护人承诺自愿承担助听器配戴的风险，对助听器配戴康复效果已有适当的期望值。
7. 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。
8. **听障儿童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。**

监护人人： （签字及手印）

监护人联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 | |  | | | | （照片粘贴） |
| 出生日期 | |  | | | 民 族 | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | |
| 现居住地址 | |  | | | | | | | | | |
| **家庭成员** | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 年龄 |  | | 与申请人关系 | |  | 联系电话 |  | |
| 姓名 |  | | 年龄 |  | | 与申请人关系 | |  | 联系电话 |  | |
| 姓名 |  | | 年龄 |  | | 与申请人关系 | |  | 联系电话 |  | |
| 姓名 |  | | 年龄 |  | | 与申请人关系 | |  | 联系电话 |  | |
| 家庭情况介绍 | | （如实填写受助人个人及家庭情况） | | | | | | | | | |
| 申请资料 | | **注：听障儿童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）乡、镇、街道（含）以上级别部门或事业单位出具的家庭经济低收入证明；**  **（3）听障儿童残疾证复印件，或相关医学诊断证明、听力检查报告（复印件）。** | | | | | | | | | |

**受助人申请表**