***标红处需仔细阅读，其他信息都填写完整！**

“聪尔计划”耳聋基因检测公益项目

申请表 共填3份，孩子、父亲、母亲各1份

编号：

患者姓名	分别填孩子/父亲/母亲		性别		1寸或2寸照片 正面照片		
出生日期		民族					
身份证号		户籍类型	农业/非农业				
父亲姓名	如果有家族史，需要将父母的父母填写完整		联系电话				
母亲姓名		联系电话					
通讯地址							
听力损失程度 (dB)	左耳	孩子如实填写。父母左右耳如正常，均填正常		右耳			
听力损失类型	☐ 感音神经性聋 ☐ 传导性聋 ☐ 混合性聋 ☐ 大前庭水管综合征 ☐ 综合征型聋 ☐ 未知 ☐ 其他类型_____						
家庭收入情况	家庭主要收入来源：() A. 务农 B. 务工 C. 个体经营 D. 其他：_____ 家庭年收入：_____元 3份申请表此处应相同						
是否获得过其他资助	() A、是_____ (请注明) () B、否						
是否进行过耳聋基因筛查	() A、是_____ (请注明) () B、否						
申请人耳聋情况及耳聋家族史情况介绍： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"> <p>孩子是先天性耳聋/什么时候发生耳聋，如果有以下情况，请写出来：</p> <ul style="list-style-type: none"> ·药物性中毒 ·做过人工耳蜗手术，恢复得怎么样 ·如果做过耳聋基因筛查，是什么检查，是否有发现突变 <p>孩子是否是独生子？是否有听力损伤家族史？</p> </td> <td style="width: 40%; padding: 5px; border-left: 1px solid red;"> <p>父母的申请表：</p> <p>本人正常，孩子xxx是xxx耳聋，无家族史</p> </td> </tr> </table>						<p>孩子是先天性耳聋/什么时候发生耳聋，如果有以下情况，请写出来：</p> <ul style="list-style-type: none"> ·药物性中毒 ·做过人工耳蜗手术，恢复得怎么样 ·如果做过耳聋基因筛查，是什么检查，是否有发现突变 <p>孩子是否是独生子？是否有听力损伤家族史？</p>	<p>父母的申请表：</p> <p>本人正常，孩子xxx是xxx耳聋，无家族史</p>
<p>孩子是先天性耳聋/什么时候发生耳聋，如果有以下情况，请写出来：</p> <ul style="list-style-type: none"> ·药物性中毒 ·做过人工耳蜗手术，恢复得怎么样 ·如果做过耳聋基因筛查，是什么检查，是否有发现突变 <p>孩子是否是独生子？是否有听力损伤家族史？</p>	<p>父母的申请表：</p> <p>本人正常，孩子xxx是xxx耳聋，无家族史</p>						
医生意见及签名							

填表说明：

1. 填表人保证所填报信息完整、清晰、真实无误（**黑色**签字笔填写）；
2. 请详细介绍申请人耳聋的情况；
3. 请贴申请人正面免冠照片1张。

“聪尔计划”资料填写指引

捐赠协议： 需要分别填写 3 份，孩子、父亲、母亲各 1 份

第 1 份

乙 方：↵ **孩子名字**
身份证号：↵ **孩子身份证**
联系地址：↵ **居住地址**
手机号码： **监护人手机号**
父亲姓名：↵ **父亲姓名**
身份证号：↵ **身份证号**
母亲姓名：↵ **母亲姓名**
身份证号：↵ **身份证号**

甲方：中国听力医学发展基金会 (盖章)	乙方：↵ 孩子名字
签约人：	签约人（签字按手印）：↵
签约时间：	家属（签字按手印）： 父/母名字+手印
	签约时间： 时间 ↵

第 2 份

乙 方：↵ **孩子父亲**
身份证号：↵ **身份证**
联系地址：↵ **地址**
手机号码：↵ **手机号码**
父亲姓名：↵ ***如果有家族史，需要填写孩子爷爷奶奶的姓名**
身份证号：↵
母亲姓名：↵
身份证号：↵

甲方：中国听力医学发展基金会 (盖章)	乙方：↵ 父亲
签约人：	签约人（签字按手印）： 父亲签名+手印
签约时间：	家属（签字按手印）：↵
	签约时间： 时间 ↵

第3份

乙 方：孩子母亲	
身份证号：↓	
联系地址：↓	
手机号码：↓	
父亲姓名：↓	同上
身份证号：↓	
母亲姓名：↓	
身份证号：↓	

甲方：中国听力医学发展基金会 (盖章)	乙方：母亲
签约人：	签约人(签字按手印)：母亲签名+手印
签订时间：	家属(签字按手印)：↓
	签订时间：时间↓

捐赠接收单： 需要填写3份，孩子、父亲、母亲各1份

第1份

本人(接收人) 孩子姓名(身份证号 身份证号)，今接收到由中国听力医学发展基金会“聪尔计划”公益项目所捐赠给(受助人) 孩子姓名的价值 3200元(大写：叁仟贰佰元整)的耳聋基因检测与分析服务。↓

接收人或监护人签名(按手印)孩子姓名，父/母姓名+手印

联系电话：电话 ↓

接收时间：时间 年 月 日↓

第 2 份

本人(接收人) 父亲 (身份证号 身份证号), 今接收到由中国听力医学发展基金会“聪尔计划”公益项目所捐赠给(受助人) 父亲 的价值 3200 元 (大写: 叁仟贰佰元整) 的耳聋基因检测与分析服务。

接收人或监护人签名 (按手印): 父亲+手印

联系电话: 电话

接收时间: 时间 年 月 日

第 3 份

本人(接收人) 母亲 (身份证号 身份证号), 今接收到由中国听力医学发展基金会“聪尔计划”公益项目所捐赠给(受助人) 母亲 的价值 3200 元 (大写: 叁仟贰佰元整) 的耳聋基因检测与分析服务。

接收人或监护人签名 (按手印): 母亲签名+手印

联系电话: 电话

接收时间: 时间 年 月 日