**关爱老兵听力健康行动**

**救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请者姓名 | |  | | 性别 |  | | | 照片 |
| 出生日期 | |  | | 民族 |  | | |
| 身份证号 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 监护人 姓名 | |  | | 与申请者关系 |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | |
| 听力损失 程度（dB） | | 左耳 |  | | | 右耳 |  | |
| 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 | | | | | | | |
| 是否获得过其他资助 | | ( )A、是 （请注明）B、否 | | | | | | |
| 申请人情况介绍： | | | | | | | | |

备注：申请表填写完整后，发电子邮件至邮箱：**adfc\_org@163.com**