



## 附件 2

# 听力、言语残疾儿童康复训练项目申请审批表

儿童姓名		性别		民族		出生年月	
儿童身份证号				残疾证号			
监护人姓名		工作单位				与儿童关系	
监护人身份证号							
联系电话	宅电	家庭住址				邮编	
	手机	通讯地址				邮编	
听力损失及 康复情况	发现耳聋或言语障碍月龄：____ 是否有家族耳聋史： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有与儿童关系____ 平均听力损失：左耳____ dB HL 右耳____ dB HL 助听器配戴： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是植入人工耳蜗： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 目前康复状态： <input type="checkbox"/> 机构康复 <input type="checkbox"/> 家庭康复 <input type="checkbox"/> 未接受康复 接受救助后家庭中是否有专人陪伴康复： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有与儿童关系____						
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
享受医疗保险 情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险					户口 类别	<input type="checkbox"/> 农业户口 <input type="checkbox"/> 非农业户
监护人申请	申请人： 年 月 日						
县（残联审批 意见	审核人： （公章） 年 月 日						

注：本表一式二份，听力语言康复机构、县（区、市）残联各留存一份。

### 附件 3

## 听力、言语残疾儿童康复训练项目汇总表

听力语言康复机构名称：（盖章）

机构负责人：

审核人：

编号	受助人姓名	性别	民族	出生年月	受助人身份证号码	受助人家庭地址	联系电话	监护人签字

制表人：

填报日期：

备注：此表一式肆份，由各听力语言康复机构填写后盖章，逐级上报至县（区）残联、市残联、省听力语言康复中心