四川省残疾人福利基金会

西部复聪专项基金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 | |  | 身份证号 |  |
| 住址 |  | | | | | | 电话 |  |
| 申请人与受益人关系 | | | 监护人□ 委托人□ | | | | | |
| 申请项目 | 小耳畸形（含耳道闭锁）□ 人工耳蜗□ | | | | | | | |
| 援助部位 | 左耳矫形□ 右耳矫形□ 左耳中重度聋□ 右耳中重度聋□ 双侧中重度聋□ | | | | | | | |
| 医疗保险 | 城镇职工医保□ 居民医保（含新农合）□ 其他医保□ 商业保险□ 无医保□ | | | | | | | |
| 家庭成员 |  | | | | | | | |
| 家庭成员中是否有军人或教师 | | | | | 有□ 无□ | | | |
| 家庭贫困证明 | | | 有□ 无□ 暂无（可开具）□ | | | | | |
| 申请人签字 | | | 本人及其监护人承诺以上个人及家庭信息真实有效，且自愿为因信息不实或不详带来的后果承担责任。  受益人签字（手印）：      监护/委托人签字（手印）：  年 月 日 | | | | | |
| 西部复聪基金管委会意见 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 四川省残疾人福利基金会复核意见 | | | 年 月 日 | | | | | |