**“聪尔计划”****耳聋基因检测公益项目**

**申请表**

**填表说明**

1. 意向参与项目的患者填写申请表电子表格，发送到中国听力医学发展基金会指定邮箱：adfc\_org@163.com

\* 如果患者做过耳聋相关临床检查，则需一并提交检查资料（可拍照上传）。

1. 填表人保证所填报信息完整、清晰、真实无误；
2. 请详细介绍申请人耳聋的情况；
3. 请随邮件发送申请者清晰正面照片和双侧耳部照片；
4. 听基会对患者信息进行初步审核。审核通过后，通知患者及父母到指定医院进行就诊，由医生判断病人是否符合入选标准。请携带身份证、户口本、一寸照片1张、临床检查资料、贫困证明或低保证或残疾证（如有需携带）。

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | | 正面照片 |
| 出生日期 |  | | 民族 |  | |
| 身份证号 |  | | 户籍  类型 |  | |
| 父亲姓名 |  | | 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 |  | | 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 | | | | | |
| 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： | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|