附件5

贵州省困难听力障碍者助听器验配项目申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 适配助听器种类 |  | 佩戴：左耳（ ）右耳（ ） |
| 受助对象或其监护人签字 | 因听力障碍且家庭经济困难，无力承担助听器验配费用，特申请项目免费验配。申请人签字： 年 月 日 |
| 县级民政部门意见 | （签章）年 月 日 |
| 省肢体康复中心意见 | 验配情况说明：已验配合格。（签章）年 月 日 |

注：1.本表一式二份，一份为报销凭证，一份省肢体康复中心留存。

2. **项目资助对象范围见背面，请按范围所列注明对象类别。**

项目资助对象范围

一、户籍在贵州省行政区域内，符合批次助听器型号验配条件的下列人员中的听力障碍者，经申报批准可获项目资助免费验配助听器：

1.特困供养人员患者；2.孤儿、事实无人抚养儿童、农村留守儿童困境儿童患者；3.城乡低保患者；4.城乡低收入患者及其他困难患者；5.脱贫不稳定人口患者；6.农村边缘易致贫人口患者；7.特殊教育学校学生中家庭生活困难患者；8.见义勇为患者，对国家、社会有重大贡献的患者；9.其他持有第二代残疾人证家庭生活困难的患者。

二、受益对象中原已享受过免费助听器验配的，原则上两年内不再免费验配。但其中年龄未满十八周岁的生长发育期对象，可每年享受一次免费验配。