

## 嫣然天使基金语音治疗资助申请表

编号：

姓名		性别		申请日期	
出生日期		监护人		身份证号码	
家庭地址				联系电话	
				籍贯	
唇腭裂类型		唇裂手术时间、手术医院及主刀医生			
腭裂手术时间、手术名称、手术医院及手术医生					

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区将台路6号丽都饭店内2层0-228室 嫣然天使基金（收） 邮编：100004

语音 情况调查	1、家长能否听懂孩子说话？		
	2、别人能否听懂孩子说话？		
	3、孩子能讲长句子吗？		
	4、孩子能讲长故事吗？讲故事时鼻子会不会漏气？		
	5、孩子能吹气球吗？		
	6、孩子连续讲话时会不会累？		
<b>(以下内容由嫣然天使基金填写)</b>			
语音 清晰度			
语音最佳 治疗期		线上治疗 <input type="checkbox"/>	线下治疗 <input type="checkbox"/>
是否需要 序列治疗		负责人	
审核意见			

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区将台路6号丽都饭店内2层0-228室 嫣然天使基金（收） 邮编：100004

## 申报须知

1. 本申请须知由中国红十字会基金会“嫣然天使基金”印制并负责解释；
2. “嫣然天使基金”资助范围为唇腭裂患者的首次修复手术费用、腭咽闭合手术费用及语音治疗的医疗费用；
3. 患者的所有申报资料由患者本人填报，未成年患者须由法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. “嫣然天使基金”办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到嫣然天使基金资助资格的语音治疗患者，嫣然天使基金仅承担患者的腭咽闭合手术费用及语音治疗的医疗费用，不承担医疗费用以外的，包括且不限于治疗过程中所产生的交通费用、网络通讯费用、住宿费用等生活费用；
7. 语音治疗的效果很大程度上取决于家长的态度，语音治疗不是单向的治疗传输，是一个双向的互动过程，需要患者及家长共同积极配合、长期持续的按照语音治疗师所教授的方法练习。在线课程必须家长陪同孩子并在安静的环境下进行，课后家长需保证督促、陪伴并指导孩子每天坚持按语音老师要求练习；
8. 对申报资料中包括但不限于语音治疗患者救助申请表出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予资助。已资助的款项予以追回，由患者自行承担；
9. 获得资助的患者或患儿监护人均有义务和责任为基金办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合基金宣传和采访活动，签署《肖像和声音资料授权书》，同意在公益活动中使用其照片、影像等资料。

我承诺所填写的语音治疗患者救助申请表以及提交的相关资料均属实。

我确认已经阅读和知悉《申报须知》全部条款，并同意所有遵守《申报须知》的规定。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

中国红十字会基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区将台路6号丽都饭店内2层0-228室 嫣然天使基金（收） 邮编：100004

## 附件一 身份证明

患者的户口或身份证明（复印件）粘贴处：

申请人父母（或监护人）的身份证或户口证明（复印件）粘贴处：

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区将台路6号丽都饭店内2层0-228室 嫣然天使基金（收） 邮编：100004

## 肖像和声音资料授权书

授权方：

身份证号：

联系电话：

被授权方：中国红十字基金会

联系地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号

鉴于授权方是被授权方嫣然天使基金的受助人，为便于被授权方开展基金相关公益项目（以下简称“公益项目”）推广，授权方现做出如下授权：

### 1. 授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、声音、姓名及基本信息（如年龄、家庭基本情况等）。

### 2. 授权范围及限制

授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全体平台上（包括但不限于被授权方官网，民政部指定的慈善组织互联网募捐信息平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业使用。

3. 被授权方可以根据推广需求对授权方肖像、姓名等授权内容基于公益目的进行合理的改动和加工，被授权方的修改不得损害授权方其他合法权益。

### 4. 授权期限：永久

以下内容由授权人监护人填写。

姓名：

身份证号：

联系电话：

与授权人关系：

本人确认本人为授权人监护人，我同意上述所有内容。

授权人（可监护人代签）：

监护人（签字及指印）：

日期：

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区将台路6号丽都饭店内2层0-228室 嫣然天使基金（收） 邮编：100004