



## 嫣然天使基金语音治疗救助申请表

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：北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编：10001

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：北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编：10001



## 申报须知

1. 本申报须知由中国红十字基金会“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。已资助的即拨款项予以追回，由患者自行承担。
9. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、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了《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：北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编：10001



## 肖像权授权书

被授权方（甲方）：中国红十字基金会嫣然天使基金

授权方（乙方）：

身份证号码：

根据中华人民共和国相关的法律规定，乙方向甲方作出如下授权：

1. 乙方无偿授权甲方为公益之目的以任意形式使用乙方的肖像。
2. 授权时间：不限期。
3. 为公益之目的，甲方可转授权第三方使用乙方的肖像。
4. 本授权书自乙方签字之日起生效。

乙方/授权方：\_\_\_\_\_（签字）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：15601182727

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编：10001



## 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：北京市朝阳区酒仙桥路 10 号恒通商务园 B36A 座 301 室 嫣然天使基金收 邮编：10001