

ข้อมูลคนพิการ

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

เกิดวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.

เลขที่..... หมู่ที่..... ต...... อ...... จ...... พ.พ. อายุ..... ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

รหัสไปรษณีย์.....47000.....อำเภอ/เขต.....เมืองสกลนคร.....จังหวัด.....สกลนคร.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ลงทะเบียน/.....

.....

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ความพิการทางออสติค

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ระบุ ☐ อื่นๆ _____

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....

.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพทรัพย์สิน ☐ สัญญา ☐ ภาษี ☐ ...

เมื่อ..... ☐ ยังไม่เคยได้รับเบาะแส ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับรางวัล/เกียรติคุณ/ผลงานดีเด่น

☐ มีอาชีพ (ระบุ) ☐ ได้รับการส่งเคราะห์เบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

มีความประสงค์ว่า การเปิดภาคี..... (บาท)

มีความประสงค์ขอรับแจ้งเรื่อง.....

ถ้าเงินสดด้วยตนเอง ☐ หรือ ☐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากมูลนิธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

..... สาขา..... เลขบัญชี.....

๑๐

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐

สถานะสมทบทุนเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุญาต ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ

(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้สมัครสมัครและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

จึงได้ดำเนินการวิจัยและนำผลมาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอนต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....

(.....)เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

หมายเหตุ : โปรดใส่ข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ข้างบน

หน้าขอความ^{ผู้รับ}ต้องการ

Age Group	Percentage of Respondents
18-29	85
30-49	80
50-69	75
70+	65