

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2553

สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
- เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสภาสังคมสงเคราะห์ฯ ในปี พ.ศ.
- ไม่เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง
- เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณของหน่วยงาน.....ในปี พ.ศ.

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- โทรศัพท์.....

3. ประเภทความพิการ

พิการทางการเห็น

- ตาเห็นเลือนราง
- ตาบอดสนิท
-

พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

หรือออทิสติก

- พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ

พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย

- หูตึง
- หูหนวก
- มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย
- โปรดระบุ

พิการออทิสติก

โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ

พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ

พิการทางสติปัญญา / พิการทางการเรียนรู้

- โปรดระบุระดับสติปัญญา

มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย

- มี โปรดระบุ.....
- ไม่มี

4. ประวัติความพิการ

- พิการแต่กำเนิด พิการภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

5. สถานภาพสมรส

- โสด สมรส หย่า แยกกันอยู่ หม้าย

6. จบการศึกษา.....

7. จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....

8. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด.....

สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

9. เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณในเรื่องใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด เอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาประกอบการพิจารณา (ถ้ามี).....

10. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

11. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

11.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

11.2 ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้เสนอ

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกประกอบการกรอกแบบกรอกประวัติ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) **ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2553**