

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566
สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เคยเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสภาสังคมสงเคราะห์ฯ ในปี พ.ศ.
 ไม่เคยเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสภาสังคมสงเคราะห์ฯ
 เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณของหน่วยงาน.....ในปี พ.ศ.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

3. ประเภทความพิการ

<input type="checkbox"/> พิการทางการเห็น <input type="radio"/> ตาเห็นเลือนราง <input type="radio"/> ตาบอดสนิท โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
<input type="checkbox"/> พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย <input type="radio"/> หูตึง <input type="radio"/> หูหนวก <input type="radio"/> มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางสติปัญญา โปรดระบุระดับสติปัญญา
<input type="checkbox"/> พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางเรียนรู้ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
<input type="checkbox"/> มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย <input type="radio"/> มี โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางออทิสติก โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ

4. ประวัติความพิการ

พิกัดแต่กำเนิด พิกัดภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

สาเหตุความพิการ

.....

.....

5. สถานภาพการสมรส

โสด สมรส
 หย่า แยกกันอยู่ หม้าย

6. คู่สมรสชื่อ..... อายุ.....ปี

อาชีพ.....

7. จบการศึกษา.....

8. 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.....

9. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด

.....

.....

สถานที่ทำงาน

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

10. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว.....

ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

11. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

11.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

.....

.....

.....

11.2 ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

.....

.....

.....

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

.....
.....
.....

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

.....
.....
.....

ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้นำภาพถ่าย วิดีโอ เนื้อหา ข้อมูลต่าง ๆ ของข้าพเจ้า เผยแพร่ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม บนเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ตหรือกระดานข่าวอื่น ๆ และรวมถึงในที่สาธารณะชนต่าง ๆ

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เสนอ

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ก่อนกรอกข้อมูลกรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566 ตามเอกสารที่แนบ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. เลขที่ 100/41-42 ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) **ภายในวันที่ 20 กันยายน 2566**
3. ท่านสามารถเปิดโครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง งานวันคนพิการ ครั้งที่ 54 ประจำปี 2566 สภาสังคมสงเคราะห์ฯ และหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง **ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดมุมด้านล่าง**



โครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง



หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับ
การคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง