2. การเกิดความพิการ

2.1 ❍ พิการแต่กำเนิด 2.2 ❍ พิการภายหลังจากกำเนิด เมื่อ พ.ศ.....เมื่ออายุ.....ปี

3. ลักษณะความพิการ (โปรดอธิบายโดยละเอียด).....

.....

4. ระดับความพิการ

- ทางการเห็น ❍ ตาบอด ❍ สายตาเลือนราง
- ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ❍ หูตึง ❍ หูหนวก ❍ พูดได้ ❍ พูดได้ / ใช้ภาษามือได้ ❍ พูดได้ / ใช้ภาษามือไม่ได้ ❍ พูดไม่ได้ / ใช้ภาษามือได้ ❍ พูดไม่ได้ / ใช้ภาษามือไม่ได้ ❍ พูดติดอ่าง ❍ พูดไม่ได้ / ใช้ท่าทาง ❍ พูดไม่ชัด ❍ พูดไม่ได้
- ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ❍ ไม่ใช้เครื่องช่วย ❍ ใช้เก้าอี้เข็น ❍ ใช้ไม้ค้ำยัน ❍ ใช้เครื่องช่วยพยุง ❍ ใช้ขาเทียม ❍ ใช้ (โปรดระบุ).....

5. ข้อมูลเพิ่มเติมที่ต้องการแจ้งให้ทราบ.....

.....

ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1. ความสำเร็จที่ได้รับจากการศึกษา.....
2. ความสำเร็จที่ได้รับจากการงาน และอาชีพ.....

.....

3. ความสำเร็จที่ได้รับในการดำรงชีวิต.....

.....

4. การพัฒนาด้านการบำเพ็ญประโยชน์แก่ครอบครัวและชุมชน

4.1 ให้การช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัว ได้แก่.....

4.2 ให้การช่วยเหลือกิจกรรมในชุมชน ได้แก่.....

5. เกียรติคุณและการยกย่องที่เคยได้รับ.....

.....(โปรดแนบสำเนาหลักฐาน)

6. เคยได้รับรางวัลดีเด่นระดับชาติอะไรบ้าง.....

.....(โปรดแนบสำเนาหลักฐาน)

7. หากท่านได้รับการพิจารณาเป็นคนพิการดีเด่น สิ่งที่จะทำต่อไปคืออะไร.....

.....

8. ข้อมูลเพิ่มเติมที่ต้องการแจ้งให้ทราบ.....

.....

ลงนาม.....

(.....)

คนพิการ หรือ หน่วยงานที่เสนอ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2560

หมายเหตุ ก. กรุณาจัดส่งเอกสารนี้ให้มูลนิธิฯ ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2560 และหากเนื้อที่แต่ละข้อในเอกสารนี้กรอกข้อความไม่พอ ท่านสามารถแนบเอกสารประกอบได้ และกรุณากรอกให้ครบทุกข้อ

ข. โปรดแนบสำเนาสมุดหรือบัตรประจำตัวคนพิการ หรือหนังสือรับรองจากแพทย์ หรือจากหน่วยราชการ สมาคม มูลนิธิ ที่เกี่ยวกับคนพิการ ว่าเป็นคนพิการจริง เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย

ค. มูลนิธิฯ จะไม่ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการพิจารณาคืนผู้พิการ หรือหน่วยงานที่เสนอชื่อตามมติที่ประชุมคณะกรรมการโครงการฯ