



มูลนิธิอนุสรณ์หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร  
แบบกรอกประวัติ

แบบที่ 1

เข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการดีเด่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
เพื่อรับรางวัล “ หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร บุคคลสำคัญของโลก ”  
รางวัลสร้างเสริมคนดีมีคุณธรรม ประจำปี 2562

ภาพถ่าย  
2 นิ้ว

\*\*\*\*\*

(โปรดกาเครื่องหมาย  ใน  หน้าข้อความที่ต้องการ และกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ  
มิฉะนั้นมูลนิธิฯ จะไม่มีข้อมูลเพียงพอในการพิจารณาให้ได้รับการคัดเลือก)

ประเภทความพิการ

- คนพิการทางการเห็น
- คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. การพัฒนาทางการศึกษาและการเรียนรู้
  - ไม่เคยเข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียน
  - เคยศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (โปรตรระบุ).....
  - กำลังศึกษาระดับ.....จาก.....
  - สำเร็จการศึกษาระดับ.....จาก.....ปีการศึกษา.....
  - อื่นๆ สนใจใ้รู้ ชยัน ขวนขวยหาความรู้ด้านต่างๆ เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง (โปรดระบุรายละเอียด).....
4. สถานภาพสมรส
  - โสด     สมรส     หย่า     แยกกันอยู่     หม้าย
5. จำนวนบุตร.....คน    ชาย.....คน    หญิง.....คน
  - ไม่ได้เรียนหนังสือ .....คน     ป.1 - ม.6 .....คน
  - ปวช. / ปริญญาตรี .....คน     สูงกว่าปริญญาตรี .....คน
6. การพัฒนาด้านการทำงานและอาชีพ
  - ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ช่วยเหลืองานครอบครัว     ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
  - ประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้
7. สถานที่ทำงาน .....
8. รายได้.....ต่อเดือน    หรือ.....ต่อวัน    หรือ.....ต่อปี
9. บุคคลที่จะติดต่อกับผู้พิการได้ คือ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....
10. ข้อมูลเพิ่มเติมที่ต้องการแจ้งให้ทราบ.....

ต่อหน้า 2

- 2 -

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความพิการ

1. การเกิดความพิการ
  - 1.1  พิกัดแต่กำเนิด    1.2  พิกัดภายหลังจากกำเนิด เมื่อ พ.ศ.....เมื่ออายุ.....ปี
2. ลักษณะความพิการ (โปรดอธิบายโดยละเอียด).....
3. ระดับความพิการ - ทางการเห็น     ตาบอด     สายตาเลือนราง

- ทาง การ ได้ ยิน หรือ สื่ อ ความ หมา ย
  - หู ตี ง
  - หู หนว ก
  - พู ด ได้
  - พู ด ได้ / ใช้ ภา ช าม ี อ ได้
  - พู ด ได้ / ใช้ ภา ช าม ี อ ไม่ ได้
  - พู ด ไม่ ได้ / ใช้ ภา ช าม ี อ ได้
  - พู ด ไม่ ได้ / ใช้ ภา ช าม ี อ ไม่ ได้
  - พู ด ตี ด อ่า ง
  - พู ด ไม่ ได้ / ใช้ ทำ ทา ง
  - พู ด ไม่ ชั ด
  - พู ด ไม่ ได้
  - ไม่ ใช้ เครื่อง ช่ว ย
  - ใช้ แก ้อ ี เซ ็น
  - ใช้ ไม้ ค้ำ ยัน
  - ใช้ เครื่อง ช่ว ย พยุ ง
  - ใช้ ชา เติ ยม
  - ใช้ (ไป รด ระเบ บ).....
- ทาง การ เคลื่ อ น ไหว หรือ ทาง ร่า ง กาย

4. ข้อมูลเพิ่มเติมที่ต้องการแจ้งให้ทราบ.....

**ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต**

1. ความสำเร็จที่ได้รับจากการศึกษา.....
2. ความสำเร็จที่ได้รับจากการทำงาน 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.2562

**หมายเหตุ** ก. กรุณาจัดส่งเอกสารนี้ให้มูลนิธิฯ ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 และหากเนื้อที่แต่ละข้อในเอกสารนี้  
 กรอกข้อความไม่พอ ท่านสามารถแนบเอกสารประกอบได้ และกรุณากรอกให้ครบทุกข้อ  
 ข. โปรดแนบสำเนาสมุดหรือบัตรประจำตัวคนพิการ หรือหนังสือรับรองจากแพทย์ หรือจากหน่วยราชการ  
 สมาคม มูลนิธิฯ ที่เกี่ยวกับคนพิการ ว่าเป็นคนพิการจริง เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย  
 ค. มูลนิธิฯ จะไม่ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการพิจารณาคืนผู้พิการ หรือหน่วยงานที่เสนอชื่อ  
 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการโครงการฯ