



ใบสมัคร

ลำดับที่.....

โครงการอำเภอบำรุง "DOPA CARE" ตามมาตรา 35

(คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

○ คนพิการขอใช้สิทธิด้วยตนเอง

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ -
2. ประเภทความพิการ ☐ การเห็น ☐ การได้ยิน ☐ การเคลื่อนไหว ☐ จิตใจ ☐ สติปัญญา ☐ การเรียนรู้ ☐ ออทิสติก
3. ชื่อ-สกุล ☐ ด.ช./ด.ญ. ☐ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
E-mail :.....สถานที่ใกล้เคียง.....
5. วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
6. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. สำเร็จการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
8. การขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 ☐ ไม่เคยขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 ☐ เคยขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 (ระบุ).....

○ ผู้ดูแลคนพิการขอใช้สิทธิแทนคนพิการ

1. เลขบัตรประจำตัวประชาชน -
2. ชื่อ-สกุล ☐ 1. นาย ☐ 2. นาง ☐ 3. นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ ชื่ออาคาร.....ชั้นที่.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
E-mail :.....สถานที่ใกล้เคียง.....
4. วัน / เดือน / ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
5. สถานภาพ ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. สำเร็จการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทขึ้นไป ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ใช้สิทธิแทนคนพิการ ☐ ด.ช./ด.ญ. ☐ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
8. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ -
9. ความเกี่ยวข้องกับคนพิการ.....
10. การขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 ☐ ไม่เคยขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 ☐ เคยขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 (ระบุ).....

/กรณีคนพิการ...

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....