

**แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔**

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ส่วนที่ ๑ ประวัติและข้อมูลของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

กลุ่ม ☐ เด็กที่เรียนในระบบ ☐ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)

☐ เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องมาจากข้อจำกัดความพิการ ☐ อื่น ๆ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (เลือกแค่ ๑ ประเภทความพิการ)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ บกพร่องทางการเห็น | ☐ บกพร่องทางการได้ยิน | ☐ บกพร่องทางสติปัญญา |
| ☐ บกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ | ☐ บกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) | |
| ☐ บกพร่องทางการพูดและภาษา | ☐ บกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ | |
| ☐ ออทิสติก | ☐ พิกัดซ้อน (ระบุ)และ..... | |

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุนการศึกษา ณ วันที่สมัคร

๑. ชื่อ-สกุล (ด.ช/ด.ญ/นาย/นางสาว).....

รหัสประจำตัวประชาชน.....ว/ด/ป เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

๒. ชื่อสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่

☐ โรงเรียน.....ระดับชั้น.....

☐ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ☐ เมือง ☐ หน่วยบริการ

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

๓. ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ เช่า ☐ บ้านพักหน่วยงาน ☐ อาศัยผู้อื่น ☐ ไม่มีที่อยู่แน่นอน

๓.๑ ที่อยู่ปัจจุบัน.....

๓.๒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ข้อมูลบิดา ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

๔. ชื่อ - สกุลรหัสประจำตัวประชาชน.....

อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลมารดา

๕. ชื่อ - สกุลรหัสประจำตัวประชาชน.....

อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพ บิดาและมารดาขณะนี้

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ สมรส | ☐ อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน |
| ☐ แยกกันอยู่ | ☐ หย่าร้าง |

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดาต้องเป็นผู้ดูแลคนพิการตามบัตรประจำตัวคนพิการ)

๖. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครอง (เกี่ยวข้องกับผู้ขอรับทุนคือเป็น).....

ชื่อ - สกุลรหัสประจำตัวประชาชน.....

อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๒ ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับการศึกษ

๑. ประวัติการได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานใดมาก่อน
☐ ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ จำนวน บาทต่อเดือน
☐ เคยได้รับความช่วยเหลือ/ทุนสนับสนุนการศึกษา

จาก ๑..... เป็นเงิน.....บาท

๒..... เป็นเงิน.....บาท

๒. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยไม่รวมผู้ขอรับทุน)

จำนวนสมาชิกในครอบครัว..... คน ผู้พิการเป็นบุตรคนที่.....

๓. ประวัติการรับการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

- ☐ ไม่เคยได้รับทุนจากมูลนิธิคุณพุ่ม
☐ เคยได้รับทุนจากมูลนิธิคุณพุ่มในปี ☐ ๒๕๕๙ ☐ ๒๕๖๐ ☐ ๒๕๖๑ ☐ ๒๕๖๒ ☐ ๒๕๖๓

๔. ภาระหนี้สินของครอบครัว ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท

๕. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. สรุปข้อเท็จจริง(ผู้ปกครอง)

สภาพความเป็นอยู่	☐ ดี	☐ ปานกลาง	☐ ชดสนขาดแคลน
สภาพสิ่งแวดล้อม	☐ ดี	☐ ปานกลาง	☐ ไม่ดี

ปัจจุบันผู้ขอรับทุนไม่อยู่ในระหว่างการขอรับทุนจากหน่วยงานอื่น และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....ผู้สมัครขอรับทุน/ผู้ปกครอง
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ หนังสือรับรองจากชุมชนและสถานศึกษา

๑. หนังสือรับรองจากชุมชนหรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ (ประธานชุมชน/ข้าราชการ/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานชมรมคนพิการหรือชมรมผู้ปกครองที่สมาคมแห่งชาติตามประเภทความพิการรับรอง)

ชื่อ สกุล ผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

หน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าครอบครัวผู้ขอรับทุนประสบปัญหาความเดือดร้อน คือ.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ : แบบหลักฐาน ได้แก่

๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประจำตัวที่รัฐหรือองค์กรคนพิการเป็นผู้ออกให้ของผู้รับรองจากชุมชนที่ยังไม่หมดอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒) สำเนาเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล)

จำนวน ๑ ฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรองจากชุมชน

(.....)

วันที่...../...../.....

๒. หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบที่ผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อสถานศึกษา.....

สังกัด.....

เป็นสถานศึกษาในสังกัด ☐ รัฐบาล ☐ เอกชน ☐ มูลนิธิ ☐ อื่น ๆ(ระบุ).....

ชื่อ สกุล ผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าเป็นนักเรียนที่อยู่ในระบบของสถานศึกษา

หมายเหตุ : แบบหลักฐาน ได้แก่

๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการที่ยังไม่หมดอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)

จำนวน ๑ ฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรองจากสถานศึกษา

(.....)

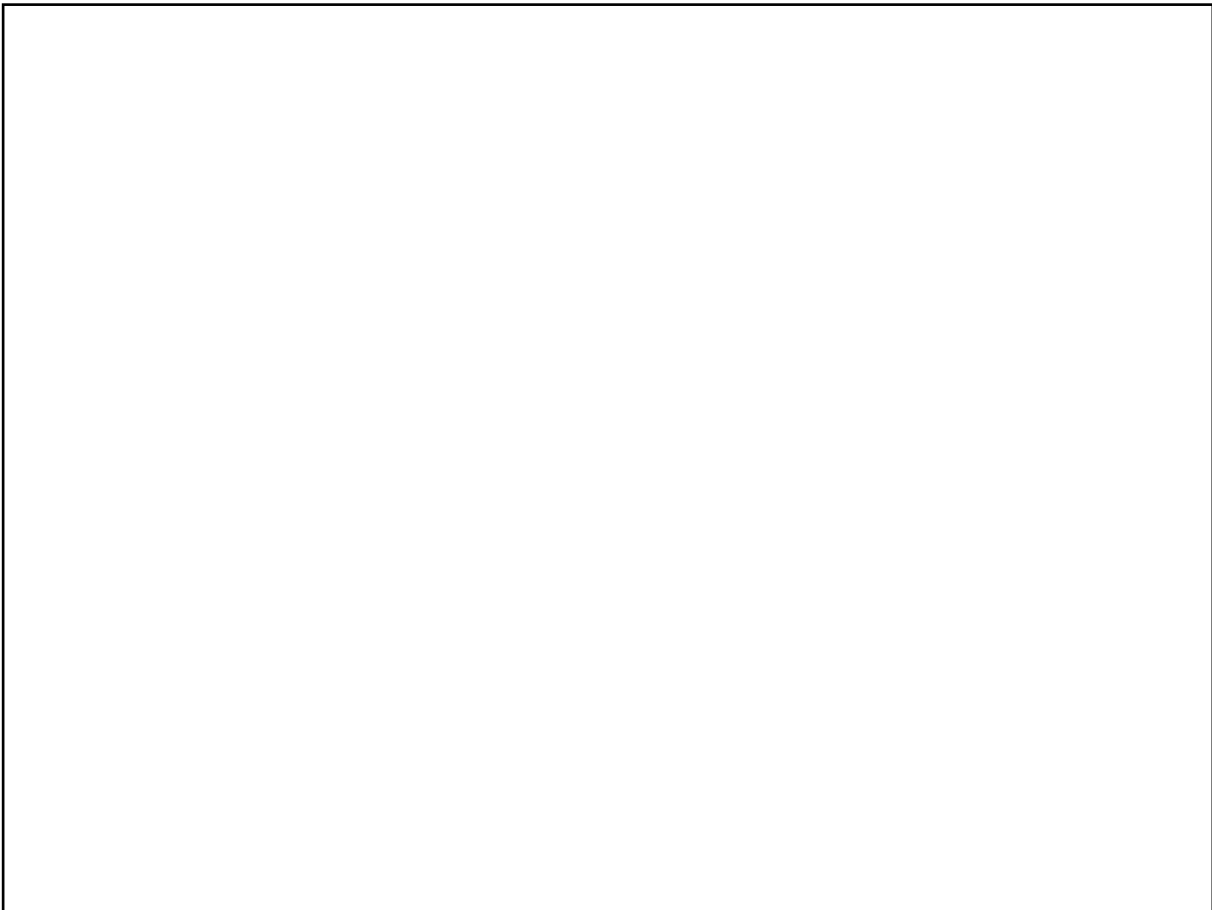
ผอ.สถานศึกษา/ผอ.ศูนย์การศึกษาพิเศษ

วันที่...../...../.....

วาดแผนที่บ้านโดยสังเขป



รูปบ้าน



ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบเอกสารประกอบการขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

ผู้สมัครขอรับทุนต้องยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้ครบถ้วน ดังนี้

๑. แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษมูลนิธิคุณพุ่ม

๒. เอกสารของผู้ขอรับทุน

- | | |
|---|--------------|
| ☐ ๑) รูปถ่ายผู้ขอรับทุนขนาด ๑ นิ้ว | จำนวน ๑ รูป |
| ☐ ๒) สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับทุน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับทุน (ต้องอยู่ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๔) สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๕) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๖) รูปถ่ายที่อยู่อาศัย (ปัจจุบัน) ด้านในและด้านนอก | จำนวน ๒ รูป |

๓. เอกสารของผู้ดูแลตามบัตรประจำตัวผู้พิการ

- | | |
|--|--------------|
| ☐ ๑) สำเนาบัตรประชาชนของ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๓) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) | จำนวน ๑ ฉบับ |

๔. เอกสารประกอบของผู้รับรองจากชุมชน

- | | |
|--|--------------|
| ☐ ๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประจำตัวที่รัฐหรือองค์กรคนพิการเป็นผู้ออกให้ของผู้รับรองจากชุมชนที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๒) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) | จำนวน ๑ ฉบับ |

๕. เอกสารประกอบของผู้รับรองจากสถานศึกษา

- | | |
|--|--------------|
| ☐ ๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการที่ยังไม่หมดอายุ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๒) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ - สกุล) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ได้ตรวจสอบและรับเอกสารไว้ครบถ้วนตามรายการที่แนบ พร้อมแบบขอรับทุนการศึกษาแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนของผู้ขอรับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม

เลขที่ลงทะเบียน.....

ใบรับเอกสาร

๑. คณะกรรมการพิจารณาทุนการศึกษาคงไว้ซึ่งสิทธิที่จะหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้สมัคร โดยวิธีอื่นใดก็ได้ เพื่อประโยชน์ประกอบการพิจารณาจัดสรรทุน

๒. แบบขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มและเอกสารประกอบการขอรับทุนฯ คณะกรรมการฯ จะไม่คืนให้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

๓. ผู้ปกครองหรือผู้ขอรับทุนได้ยืนยันว่าข้อมูลและเอกสารประกอบการสมัครเป็นจริงทุกประการแล้ว เจ้าหน้าที่จึงได้รับเอกสารไว้ตามรายการที่แนบพร้อมแบบขอรับทุนการศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับทุน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....