



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๒๔/๑๐๖๗

สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี
๙๗/๓๒ หมู่ ๑ ถนนพระยาสั่งชา
ตำบลเสมีด อำเภอเมืองชลบุรี
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง สำรวจข้อมูลคนพิการ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาอกรอบและศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) แบบสำรวจข้อมูลผู้พิการ รายบุคคล จำนวน ๑ ชุด
๒) แบบสรุปข้อมูลคนพิการ ระดับอำเภอ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สำนักงาน กศน. กำหนดจัดประชุมปฏิบัติ กศน. ปักหมุดเพื่อสร้างโอกาสทางการศึกษา สำหรับคนพิการและผู้ด้อยโอกาส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงแนวทางการสำรวจข้อมูลคนพิการ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน นั้น

สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี จึงขอให้สถานศึกษาในสังกัด ดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการในพื้นที่ เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลเตรียมความพร้อมสำรวจความต้องการของผู้ขาดโอกาสทางการศึกษาและผู้พิการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ CAPER และส่งแบบสรุปข้อมูลคนพิการ ระดับอำเภอ ภายในสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : cbi_nfedc@nfe.go.th ภายในวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุชา พงษ์เกشم)

ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

งานการศึกษาต่อเนื่อง กลุ่มส่งเสริมการศึกษาอกรอบ
โทร ๐ ๓๘๒๘ ๗๑๔๔ / โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๓๗๘๘
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : cbi_nfedc@nfe.go.th

แบบสำรวจข้อมูลผู้พิการ รายบุคคล

สำนักงาน กศน.จังหวัดชลบุรี

แบบสำรวจข้อมูลคนพิการนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูล

พื้นฐานและติดตามข้อมูล

กศน.อำเภอ.....

ตำบล.....

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงในช่อง และหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อเล่น.....

เพศ ชาย หญิง

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน

เป็นบุตรคนที่..... จากจำนวนบุตรทั้งหมด..... คน (บิดา-มารดาเดียวกัน)

จำนวนพี่สาว..... คน จำนวนพี่ชาย..... คน จำนวนน้องสาว..... คน จำนวนน้องชาย..... คน

ศาสนา..... กรุ๊ปเลือด..... สัญชาติ เชื้อชาติ

วุฒิการศึกษาสูงสุด อาชีพ..... รายได้ต่อปี.....

สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล.....

ที่อยู่

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....

ตราชก/ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

อยู่อาศัยร่วมกับ

ครอบครัวหรือญาติ บ้านเช่า อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา

อยู่ร่วมกัน แยกกันอยู่ หย่า อื่นๆ.....

บุคคลผู้พักอาศัยร่วมในครอบครัว จำนวน คน

เกี่ยวข้องเป็น สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง ลุง-ป้า น้า-อา ปู่-ย่า ตา-ยาย

อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทความพิการ

บกพร่องทางการเห็น

บกพร่องทางการได้ยิน

บกพร่องทางสติปัญญา

บกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ

บกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์

อื่นๆ.....

บกพร่องทางการพูดและภาษา

บกพร่องทางการเรียนรู้

บุคคลอหิตสติก

บุคคลพิการซ้อน

ข้อมูลด้านการศึกษา

- ไม่ได้เข้ารับการศึกษา เนื่องจาก.....
 กำลังศึกษาอยู่ในสังกัด กศน. (ปัจจุบันศึกษาอยู่) ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
ชื่อสถานศึกษา.....กศน.อำเภอ.....
 กำลังศึกษาในสังกัดอื่นๆ ชื่อสถานศึกษา.....
สังกัด..... ระดับ.....

การจดทะเบียนคนพิการ

- ยังไม่เจด จดแล้ว เลขที่จดทะเบียน
กำหนดวันออกบัตร วันหมดอายุ.....

อยู่อาศัยร่วมกับ

- ครอบครัวหรือญาติ บ้านเช่า อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา

- อยู่ร่วมกัน แยกกันอยู่ หย่า อื่นๆ

บุคคลผู้พักอาศัยร่วมในครอบครัว จำนวน

เกี่ยวข้องเป็น สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง ลุง-ป้า น้า-อา ปู่-ย่า ตา-ยาย
 อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการความช่วยเหลือทางการศึกษาและอาชีพ

ด้านการศึกษา

- ต้องการศึกษาต่อ เท夔ผล.....
 ไม่ต้องการศึกษาต่อ เท夔ผล.....

ด้านอาชีพ (ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- เกษตรกรรม ระบุ.....
 อุตสาหกรรม ระบุ.....
 พานิชกรรม ระบุ.....
 ซ่างพื้นฐาน ระบุ.....
 อาชีพเฉพาะทางหรือการบริการ ระบุ.....
 คหกรรม ระบุ.....

ผู้สำรวจข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

កាសំរូវភាពរបស់ខ្លួន

ଓপেট্ৰেশন্স কলাম পত্ৰিকা

၁၇၂

()

卷之三