



ติดรูปถ่าย
ขนาด
1 นิ้ว

แบบสำรวจความต้องการ การสนับสนุนสำหรับนิสิตพิการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีการศึกษา

โปรดกรอกข้อความต่อไปนี้ด้วยลายมือบรรจง
ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....
(ภาษาอังกฤษ).....
- คณะ.....สาขา.....
ปีการศึกษาที่เข้าศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ชั้นปีปัจจุบัน.....
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี
- บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
- บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่.....ประเภทความพิการ.....
วันที่ออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
Facebook.....
- ภูมิลำเนา(หากเป็นที่อยู่ปัจจุบัน ไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้)
.....
บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน(หากเป็นที่อยู่เดียวกับนิสิตไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้)
.....
.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

8. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท
 ที่อยู่ปัจจุบัน(หากเป็นที่อยู่เดียวกับบิดามารดาไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้)

.....
โทรศัพท์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....

9. สถานภาพการสมรสของบิดามารดา

- อยู่ด้วยกัน หย่าร้าง แยกกันอยู่
 มารดาถึงแก่กรรม บิดาถึงแก่กรรม บิดาและมารดาถึงแก่กรรม
 มารดาแต่งงานใหม่ บิดาแต่งงานใหม่ บิดาและมารดาแต่งงานใหม่

10. ผู้ปกครองชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เกี่ยวข้องเป็น.....อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท
 ที่อยู่ปัจจุบัน

.....
โทรศัพท์.....
 โทรศัพท์มือถือ.....

11.จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา.....คน จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษาอยู่.....คน
 เป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนบุตรทั้งหมด.....คน

ข้อมูลทางการศึกษา

12. ความสามารถในการศึกษาและการใช้อุปกรณ์ช่วยศึกษา

- เช่นเดียวกับนักศึกษาทั่วไป ใช้อักษรเบรลล์(ระดับ).....
 ใช้เบรลล์ไนต์ ใช้เครื่องช่วยฟัง
 ใช้เครื่องอ่านหนังสือเสียง/โปรแกรม TAB Player ใช้ภาษามือ
 ใช้เครื่องขยายจอภาพ CCTV พกพา ใช้โปรแกรม ZoomText
 ใช้เครื่องเล่น MP3 Mp4 อื่นๆ ระบุ.....
 ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรมที่ใช้ เช่น JAWS ตาทิพย์ Text to speech ฯลฯ).....

13. ปัญหาและอุปสรรคในการเรียน

.....

14. แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของนิสิต

.....

.....

.....

15. เรื่องที่ต้องการขอความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสำหรับนิสิตพิการ เช่น การติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน, การขอยืมอุปกรณ์-สิ่งอำนวยความสะดวก ฯลฯ

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับศูนย์บริการนิสิตพิการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นจริงตามที่ระบุไว้ข้างต้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : นิสิตสามารถส่งแบบสำรวจด้วยตัวเองได้ที่ ศูนย์บริการสนับสนุนนิสิตพิการมศว (DSS)

สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษอาคารสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา ชั้น 1

หรือทาง E-mail : kajeab.skj@gmail.com , Tel : 02-6495000 ต่อ 15639