

ชื่อ อติศักดิ์

บัตรประจำตัวประชาชน 1-1899-00251-93-5

ประเภทความพิการ

1. ทางเดินหรือทางร่างกาย พิจารณาสองข้อ 15 ปี สาเหตุของความพิการ อื่นๆ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
ประเภทย่อย การเคลื่อนไหว อ่อนแรง (แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง)

สถานภาพ คนพิการที่จดทะเบียน

ชื่อผู้ดูแล นาง อวยพร มีทอง

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 233 หมู่ ๓, ประชาธิปัตย์ ต.บ้านกล้วย อ. เมืองชัยนาท จ. ชัยนาท รหัสไปรษณีย์ 17000 โทร :

จำนวนครั้งที่ขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ 2 ครั้ง ดังนี้ (เรียงจากครั้งสุดท้ายไปครั้งแรก)

นามสกุล มีทอง

ว.ค.เกิด 05-09-2540

ความสัมพันธ์ บิดา/มารดา(มารดา)

ขอใบบัตรครั้งที่ 2

เลขที่บัตร

1800081939

วัน เดือน ปี 30 พฤศจิกายน 2558

สาเหตุการขอใบบัตร คืออายุบัตร

หน่วยงานออกบัตร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยนาท

เจ้าหน้าที่ออกบัตร นางสาวไพณีย์ เจริญน้อย



ขอใบบัตรครั้งที่ 1

เลขที่สมุด

วัน เดือน ปี 15 ธันวาคม 2552

สาเหตุการขอใบบัตร

หน่วยงานออกบัตร สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยนาท

เจ้าหน้าที่ออกบัตร นายสมหวัง ทับนุรี





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 1899 00251 93 5
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อติศักดิ์ มีทอง



Name Mr. Adisak

Last name Meethong

เกิดวันที่ 5 ก.ย. 2540

Date of Birth 5 Sep. 1997

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 233 ถ.ประชาธิปไตย ต.บ้านกล้วย

อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท

14 ม.ค. 2560

วันออกบัตร

14 Jan. 2017

Date of Issue

วัดตำรวจไทย

(ควาศิตย บุญญะโสภิต)

เจ้าพนักงานออกบัตร

4 ก.ย. 2568

วันบัตรหมดอายุ

4 Sep. 2025

Date of Expiry



1899-02-01141155

๑๑/๐๒/๖๕



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ
ในระดับอนุปริญาและระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. ศึกษาอยู่ มหาวิทยาลัย/สถาบันมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.....
คณะ.....สาขา.....ชั้นปีที่.....
ชื่อหลักสูตร (เช่น วท.บ., วศ.บ., ศศ.บ. เป็นต้น).....
เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาฯ ตั้งแต่ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
๔. บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
๕. บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ.....
ประเภทความพิการ.....
๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
๗. เคยได้รับเงินอุดหนุนโครงการนี้จากสถาบันอุดมศึกษาอื่นหรือไม่
☐ เคย จาก..... ☐ ไม่เคย

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า

๑. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการในครั้งนี้ เป็นการศึกษ
ในหลักสูตรที่ไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี และข้าพเจ้ายังไม่เคยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีมาก่อน
 ๒. ข้าพเจ้าไม่เคยย้ายคณะ / สาขาวิชาหรือสถาบันอุดมศึกษาเกินกว่า ๒ ครั้ง
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อรับรองนักศึกษาโดยผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษา
หรือระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐ แก้วสกุล)
ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง
(.....)
ลงวันที่.....

- หมายเหตุ**
๑. ให้นักศึกษาพิการเป็นผู้ลงลายมือชื่อด้วยตนเองเท่านั้น การปลอมแปลงลายมือชื่อถือเป็นความผิดทางอาญา
หากสำนักงานฯ ตรวจพบจะดำเนินการทางกฎหมายและเพิกถอนการเข้าร่วมโครงการฯ
 ๒. ผู้รับรองต้องมีตำแหน่งในระดับผู้อำนวยการกอง/สำนัก ขึ้นไป
 ๓. มหาวิทยาลัยต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดพิมพ์ข้อมูลประจำตัวและหลักฐานแสดงความพิการ
จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหัวข้อ “ตรวจสอบข้อมูลคนพิการ”
www.dep.go.th และลงลายมือชื่อรับรองเอกสาร