

แบบสำรวจเพื่อการส่งเสริมอาชีพคนพิการ

วัน/เดือน/ปีที่กรอกข้อมูล.....

- คนพิการที่สามารถประกอบอาชีพด้วยตนเองได้
- คนพิการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีผู้ดูแลคนพิการประกอบอาชีพเลี้ยงดูคนพิการ

1. ข้อมูลคนพิการ

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

- วัน.เดือน.ปีเกิด..... อายุ.....ปี

- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

- เลขประจำตัวประชาชน.....

- ลักษณะความพิการ

 ใช้อุปกรณ์ช่วยความพิการ โปรดระบุ.....

- สถานภาพ โสด สมรส

- เบอร์โทรศัพท์

- อีเมล

- จบการศึกษาชั้น.....

- ทักษะความรู้ด้าน

 ภาษาอังกฤษ : พูด อ่าน เขียน ภาษาอื่นๆ.....

 ใช้คอมพิวเตอร์ : พิมพ์เอกสาร ได้ ไม่ได้

 ขับรถยนต์ : ได้ ไม่ได้

 ความสามารถพิเศษ :

2. ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ (กรณีผู้ดูแลประกอบอาชีพแทนคนพิการ และมีชื่อด้านหลังบัตรคนพิการ)

- ชื่อผู้ดูแล (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล.....

- อายุ.....ปี

- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

- เลขประจำตัวประชาชน.....

- เบอร์โทรศัพท์.....

- ปัจจุบันประกอบอาชีพ.....

3. ความต้องการอาชีพ

ต้องการทำงานในสถานประกอบการเอกชน (บริษัทเอกชน)

ตำแหน่ง

- ฝ่ายผลิต การเงินและบัญชี ธุรกิจ/งานเอกสาร คีย์ข้อมูล ไอที
 ครู ทรัพยากรบุคคล วิศวกร พ่อบ้าน/แม่บ้าน คนสวน
 ช่าง ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

ต้องการทำงานในหน่วยงานภาครัฐ

ตำแหน่ง

- การเงินและบัญชี ธุรกิจ/งานเอกสาร คีย์ข้อมูล
 ครู พ่อบ้าน/แม่บ้าน คนสวน
 อื่นๆ ระบุ.....

ต้องการอาชีพอื่นๆ (รับสัมปทานส่งเสริมอาชีพ ตามมาตรา 35 พ.ร.บ.ส่งเสริมฯคุณภาพชีวิตคนพิการ)

- ต้องการสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ ระบุอาชีพ.....
- ต้องการทำงานในชุมชน (เช่น คนสวนในอนามัย, แม่บ้านในอบต. เป็นต้น) โดยรับค่าแรงเป็นรายเดือน
โปรดระบุสถานที่และตำแหน่งงาน.....
- ต้องการฝึกงาน ฝึกอาชีพ ระบุ.....
- ต้องการเงินทุน หรือวัสดุอุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ (กรณีที่มีอาชีพเดิมอยู่แล้ว หรือต้องการอาชีพใหม่)
ระบุอาชีพ.....
(หากติ๊ก✓ในข้อต้องการเงินทุนฯ กรุณากรอก ฟอรม์ 2 (ใบแสดงรายละเอียดลักษณะงาน Job Description)
แนบมาด้วย หากไม่แนบมาถือว่าเอกสารไม่สมบูรณ์ จะไม่สามารถขึ้นทะเบียนให้ได้)

.....
ลายมือชื่อคนพิการ/ผู้ดูแล

รูปถ่ายเต็มตัว