



คำชี้แจง

เรียน นักศึกษา

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีโครงการจัดทำแผนจัดการนักศึกษาเฉพาะบุคคลสำหรับนักศึกษาพิการ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เพื่อจัดบริการการศึกษาให้แก่นักศึกษาได้อย่างเหมาะสม จึงขอความร่วมมือจากท่านโปรดกรอกข้อมูลให้ครบทุกประเด็นตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว
เลขประจำตัวนักศึกษา (มศร.10 หลัก)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)
ศาสนา วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ โทรสาร E-Mail
ผู้ปกครองชื่อ อายุ ปี เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์

2. ข้อมูลด้านสวัสดิการและสังคม

การจัดทะเบียนคนพิการ

() จดแล้ว () ไม่จด / จดไม่ได้ เนื่องจาก
สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่ หหมดอายุวันที่ เดือน พ.ศ.

3. ข้อมูลด้านกายภาพ

ลักษณะความพิการ

อธิบายถึงลักษณะความพิการของท่านและแนบสำเนาสมุด/บัตรประจำตัวผู้พิการ
.....
.....

4. ประวัติการศึกษา (เดิม)

วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัคร ชื่อสถานศึกษา
เขต/อำเภอ จังหวัด
โปรดระบุชื่ออาจารย์ หรือ บุคคลที่สามารถให้ข้อสนเทศเพิ่มเติมได้
ชื่อ นาย/นาง/นางสาว โทรศัพท์
ที่อยู่ปัจจุบัน

5. ประวัติการศึกษาในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชา.....วิชาเอก.....หลักสูตร.....ปี

ชุดวิชาที่สอบผ่านแล้ว จำนวน.....ชุดวิชา

ภาคการศึกษาที่ (ภาคปัจจุบัน).....ปีการศึกษา.....ลงทะเบียนเรียนจำนวน.....ชุดวิชา

1. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา

2. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา

3. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา

6. ความสามารถในการศึกษาและการใช้อุปกรณ์ช่วยศึกษา

☐ เช่นเดียวกับนักศึกษาทั่วไป ☐ ใช้เบรลล์โน้ต ☐ ใช้อักษรเบรลล์ (ระดับ)

☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง ☐ ใช้ภาษามือ ☐ ใช้เครื่องอ่านหนังสือเสียง/โปรแกรม TAB Player

☐ ใช้เครื่องเล่น MP3 Mp4 ☐ ใช้เครื่องขยายจอภาพ CCTV พกพา

☐ ใช้โปรแกรม ZoomText ☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรมที่ใช้).....

7. การขอรับความช่วยเหลือหรือบริการทางการศึกษาที่ต้องการ (มหาวิทยาลัยจะพิจารณาตามความเหมาะสม)

.....

.....

.....

8. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ตามประกาศของ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

☐ มีความประสงค์ ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เป็นจริงตามที่ระบุไว้
ข้างต้นทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : ศูนย์บริการนักศึกษาพิการจะพิจารณาจัดบริการเพื่อการเรียนการสอน หรือบริการการศึกษาตามความจำเป็น
ของนักศึกษาเป็นรายกรณีไป โดยนักศึกษาอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามความจำเป็น