



แบบสำรวจข้อมูลนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ติครูป
ขนาด
1 นิ้ว

คำชี้แจง

เรียน นักศึกษา

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช มีโครงการจัดทำแผนบริการการศึกษาเฉพาะบุคคลสำหรับนักศึกษาพิการ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เพื่อจัดบริการการศึกษาให้แก่นักศึกษาได้อย่างเหมาะสม จึงขอความร่วมมือจากท่านโปรดกรอกข้อมูลให้ครบทุกประเด็น ตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อนักศึกษา.....
เลขประจำตัวนักศึกษา(มสธ.10 หลัก)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) - - - -
ศาสนา..... วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-Mail.....
ชื่อผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลด้านสวัสดิการและสังคม

การจดทะเบียนคนพิการ

() จดแล้ว () ไม่จด/จดไม่ได้ เพราะ.....

สมุดประจำตัวคนพิการ เลขที่..... หมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

3. ข้อมูลด้านกายภาพ

ลักษณะความพิการ

อธิบายถึงลักษณะความพิการของท่านและแนบสำเนาสมุด/บัตรประจำตัวผู้พิการ.....

4. ประวัติการศึกษา (เดิม)

วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัคร..... ชื่อสถานศึกษา.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

โปรดระบุชื่ออาจารย์ หรือ บุคคลที่สามารถให้ข้อสนเทศเพิ่มเติมได้

ชื่อ-นามสกุล..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

5. ประวัติการศึกษาในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

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

ชุดวิชาที่สอบผ่านแล้ว จำนวน.....ชุดวิชา

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

1. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....
2. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....
3. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

6. ประวัติสุขภาพ

- ☐ มีโรคประจำตัว (ระบุ) ☐ ไม่มีโรคประจำตัว
- ☐ พบแพทย์ทุกเดือน ☐ พบแพทย์ตามนัด (มากกว่า 2 เดือน) ☐ ไม่ได้พบแพทย์ประจำ

7. ความสามารถในการศึกษาและการใช้ใช้อุปกรณ์ช่วยศึกษา

- ☐ เช่นเดียวกับนักศึกษาทั่วไป ☐ ใช้เบรลล์โน้ต ☐ ใช้อักษรเบรลล์(ระดับ)
- ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง ☐ ใช้ภาษามือ ☐ ใช้เครื่องอ่านหนังสือเสียง/โปรแกรม TAB Player
- ☐ ใช้เครื่องเล่น MP3 Mp4 ☐ ใช้เครื่องขยายจอภาพCCTVพกพา
- ☐ ใช้โปรแกรม ZoomText ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรมที่ใช้).....

8. การขอรับความช่วยเหลือหรือบริการทางการศึกษาที่ต้องการ (มหาวิทยาลัยจะพิจารณาตามความเหมาะสม)

8.1 สนามสอบโรงเรียน.....จังหวัด.....

8.2 สิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนและการสอบ (ระบุความต้องการจำเป็นและเหตุผล)

9. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ตามประกาศของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

- ☐ มีความประสงค์ ☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้กับศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เป็นจริงตามที่ระบุไว้ข้างต้นทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ศูนย์บริการนักศึกษาพิการจะพิจารณาจัดบริการสื่อการเรียนการสอน หรือบริการการศึกษาตามความต้องการจำเป็นของนักศึกษาเป็นรายกรณีไป โดยนักศึกษาอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามความจำเป็น