



มูลนิธิคนพิการไทย

THAI WITH DISABILITY FOUNDATION

๗๘/๑๔ หมู่ ๑ ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐
78/14 Moo 1 Tiwanond Rd., Bangtalad, Pakkred, Nonthaburi 11120 THAILAND..
Tel. 0-2582-0897-8 Fax. 0-2582-0899

เป็นองค์การหรือสถานสาธารณกุศล ลำดับที่ 551 ของประกาศกระทรวงการคลังฯ

หนังสือขอรับการอนุเคราะห์

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่เอกสารรับ

ลำดับที่รับบริจาค/.....

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ประธานมูลนิธิคนพิการไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ข้อมูลประวัติส่วนตัว

2. สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ

3. สำเนาทะเบียนบ้าน

4. สำเนาบัตรประชาชน

5. รูปถ่ายเต็มตัว (เห็นสภาพความพิการ) **หมายเหตุ : (เอกสารอย่างละ 1 ชุด)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นส.) อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

มีความประสงค์ขอรับความอนุเคราะห์ ☐ รถเข็น ☐ รถสามล้อโยก

จากมูลนิธิคนพิการไทย เพื่อ

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่ายและประวัติส่วนตัวตามความเป็นจริงเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

สถานะ การรับบริจาค

☐ รับแล้ว

ลงชื่อ

วันที่รับ

.....

(.....)

ผู้ขอรับการอนุเคราะห์

เลขที่.....

แบบกรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวผู้ขอรับการอนุเคราะห์

1. ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ น.ส. ☐ อื่นๆ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ปัจจุบันอายุ..... ปี
บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวคนพิการเลขที่.....
การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อาชีวศึกษา ☐ปริญญาตรี
☐ อื่นๆ.....
อาชีพปัจจุบัน ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง/อาชีพอิสระ
☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ
☐ เจ้าของกิจการ..... ☐ อื่นๆ.....
รายได้ครอบครัว ☐ น้อยกว่า 3,000 บาท ☐ 3,000 – 6,000 บาท ☐ 6,001 – 9,000 บาท
(ต่อเดือน) ☐ 9,001 – 12,000 บาท ☐ 12,000 – 15,000 บาท ☐ 15,000 ขึ้นไป
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....
จำนวนบุตร/ธิดา คน ชาย..... คน หญิง.....คน
สภาพความพิการ
อุปกรณ์ที่จำเป็น

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บริษัท/ห้าง/ร้าน/สถาบัน
เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....

4. อุปกรณ์ที่ขอรับการอนุเคราะห์

☐ รถเข็นคนพิการ ☐ รถสามล้อยกคนพิการ ☐ แขนขาเทียม

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ.

ลงชื่อ.....

ผู้ขอรับการอนุเคราะห์