

แบบคำขอล้างอำนาจความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา/ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

คนพิการ ผู้ปกครองของ (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน --- มีความประสงค์จะขอรับเงินอุดหนุน

ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา พ.ศ. 2550 ตามลำดับความสำคัญดังนี้

- | | | | |
|----------------|----------------------------|-----------------|-----|
| 1. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 2. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 3. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 4. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 5. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 6. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 7. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 8. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 9. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |
| 10. รหัส | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน | บาท |

รวมเป็นเงิน บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้แนบแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล และเอกสารหลักฐานอื่นๆมาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

ลงชื่อ คนพิการ / ผู้ปกครอง

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ : คนพิการที่สามารถลงลายมือชื่อ พิมพ์ลายนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือแกงใดได้ ต้องศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป

สำหรับสถานศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ตำแหน่ง

สถานศึกษา.....ได้ตรวจสอบความถูกต้องเอกสารหลักฐานของ (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว)แล้วเห็นว่า

ถูกต้อง ความเห็นอื่น ๆ (โปรดระบุ)

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....