



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี
เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๔

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ได้รับมอบหมายจากมูลนิธิคุณพุ่ม ให้เป็นฝ่ายประสานงานในการดำเนินการมอบทุนการศึกษาในจังหวัดนนทบุรี โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประธานมูลนิธิฯ ทรงประทานทุนสำหรับเด็กออทิสติก และเด็กพิการทุกประเภทที่มีฐานะยากจน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๓ ทุน ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเรียบร้อยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของมูลนิธิคุณพุ่ม จึงขอประชาสัมพันธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ขอรับทุน

- ๑.๑ เป็นผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เท่านั้น
- ๑.๒ อายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์
- ๑.๓ มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี
- ๑.๔ ฐานะยากจนและมีความบกพร่องในระดับรุนแรง
- ๑.๕ กำลังศึกษาในสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี
- ๑.๖ ไม่เคยได้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มติดต่อกัน ๓ ปีขึ้นไป
- ๑.๗ กรณีผู้ที่เคยได้รับทุนจะต้องส่งสมุดบันทึกรายงานค่าใช้จ่าย(ในปีการศึกษา ๒๕๖๓) เรียบร้อยแล้ว

๒. เอกสารในการรับสมัคร

ผู้สมัครขอรับทุนต้องยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้ครบถ้วน ดังนี้

๒.๑ แบบขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปี ๒๕๖๔	จำนวน	๑	ชุด
๒.๒ เอกสารของผู้ขอรับทุนการศึกษา			
๒.๒.๑ รูปถ่ายผู้ขอรับทุนขนาด ๑ นิ้ว	จำนวน	๑	รูป
๒.๒.๒ รูปถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรงและเต็มตัว ขนาด ๔x๖ นิ้ว	จำนวน	๒	รูป
๒.๒.๓ รูปถ่ายที่พ่อกาอาศัยผู้ขอรับทุน ขนาด ๔x๖ นิ้ว	จำนวน	๒	รูป
๒.๒.๔ สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับทุน	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๒.๕ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับทุน	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๒.๖ สำเนาสมุดจดทะเบียนผู้พิการหรือบัตรประจำตัวผู้พิการ	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๒.๗ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้ขอรับทุน (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๓ เอกสารของผู้เกี่ยวข้อง			
๒.๓.๑ สำเนาบัตรประชาชนของ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.๓.๓ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้เกี่ยวข้อง (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน	๑	ฉบับ

๒.๔ เอกสารประกอบของผู้รับรองจากชุมชน

๒.๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประจำตัวที่รัฐหรือองค์กรคนพิการเป็นผู้ออกให้ของผู้รับรองจากชุมชนที่ยังไม่หมดอายุ (กรณีบัตรหมดอายุให้แนบสำเนาบัตรประชาชนมาพร้อมกัน) ในกรณีมีเฉพาะบัตรประชาชนให้แนบสำเนาหนังสือแต่งตั้งตำแหน่งจากองค์กรนั้นๆ ให้แนบมาพร้อมกัน) จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ เอกสารประกอบของผู้รับรองจากสถานศึกษา

๒.๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการที่ยังไม่หมดอายุ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีบัตรหมดอายุให้แนบสำเนาบัตรประชาชนมาพร้อมกัน)

หมายเหตุ ในกรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วนให้ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัคร

๓. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

๓.๑ ผู้พิการที่มีสิทธิและประสงค์สมัครรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม สามารถขอรับใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี เลขที่ ๑๑๑ ม.๑ ต.บางรักใหญ่ อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ จนถึง วันศุกร์ที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ในวันเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. โดยให้สวมหน้ากากอนามัยและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - 19) อย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - 19)

๓.๒ กรณีผู้ขอรับทุนที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาในเขตจังหวัดนนทบุรีให้ติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่ โรงเรียน/สถานศึกษาที่ผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ หรือ ดาวนโหลดใบสมัครได้ที่เพจ Facebook ของ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี หรือ บนเว็บไซต์ www.nonthaburispcc.com

๔. การยื่นใบสมัครและเงื่อนไขในการรับสมัคร

๔.๑ ผู้ขอรับทุนสามารถยื่นเอกสารสมัครได้ด้วยตนเอง หรือ ผู้สมัครไม่สามารถมาสมัครได้ด้วยตนเอง อนุญาตให้ผู้ดูแลคนพิการ/บิดามารดา/ผู้ปกครองของผู้สมัครสามารถยื่นแทน ได้ที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี เลขที่ ๑๑๑ ม.๑ ต.บางรักใหญ่ อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี ๑๑๑๑๐ ได้ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันศุกร์ที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ในวันเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. โดยให้สวมหน้ากากอนามัยและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - 19) อย่างเคร่งครัด

๔.๒ กรณีที่ผู้สมัครกำลังศึกษาในโรงเรียนให้โรงเรียนเป็นผู้คัดเลือกในการสมัคร

๔.๓ กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ถูกต้องและครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

๔.๔ เอกสารประกอบการสมัครให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๔.๕ ผู้สมัครไม่สามารถเรียกขอคืนเอกสาร ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น และจะเก็บเป็นความลับทางราชการ ไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะชน

๔.๖ หากปลอมแปลงเอกสารหรือให้ข้อมูลเท็จจะถูกตัดสิทธิ์และถูกดำเนินการตามกฎหมาย

๕. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับประธานทุนการศึกษา มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๔ โดยติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี, เพจ Facebook ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี และบนเว็บไซต์ www.nonthaburispcc.com ในวันจันทร์ ที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ และจะดำเนินการติดต่อผู้มีสิทธิรับประธาน ทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม จำนวน ๑๐๓ ทุน (ผู้ที่ไม่ผ่านการพิจารณา จะไม่มีการติดต่อใดๆ) หากประสงค์ ทราบรายละเอียดเพิ่มเติมให้ติดต่อที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๑๔๗-๕๒๔๔

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางวิชุดา โชคภูเขียว)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี

เลขที่สมัคร.....

แบบตรวจสอบเอกสารประกอบการขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

ผู้สมัครขอรับทุนต้องยื่นเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้ครบถ้วน ดังนี้

1. แบบขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปี 2564

☐ แบบขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มโดยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน	จำนวน 1 ชุด
--	-------------
2. เอกสารของผู้ขอรับทุนการศึกษา

☐ 2.1 รูปถ่ายผู้ขอรับทุนขนาด 1 นิ้ว	จำนวน 1 รูป
☐ 2.2 รูปถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรงและเต็มตัว ขนาด 4x6 นิ้ว	จำนวน 2 รูป
☐ 2.3 รูปถ่ายที่פקอาศัยผู้ขอรับทุน ขนาด 4x6 นิ้ว	จำนวน 2 รูป
☐ 2.4 สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอรับทุน	จำนวน 1 ฉบับ
☐ 2.5 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับทุน	จำนวน 1 ฉบับ
☐ 2.6 สำเนาสมุดจดทะเบียนผู้พิการหรือบัตรประจำตัวผู้พิการ	จำนวน 1 ฉบับ
☐ 2.7 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้ขอรับทุน (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน 1 ฉบับ
3. เอกสารของผู้เกี่ยวข้อง

☐ 3.1 สำเนาบัตรประชาชนของ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง	จำนวน 1 ฉบับ
☐ 3.2 สำเนาทะเบียนบ้านของ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง	จำนวน 1 ฉบับ
☐ 3.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้เกี่ยวข้อง (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน 1 ฉบับ
4. เอกสารประกอบของผู้รับรองจากชุมชน

☐ 4.1 สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประจำตัวที่รัฐหรือองค์กรคนพิการเป็นผู้ออกให้ของผู้รับรองจากชุมชนที่ยังไม่หมดอายุ (กรณีบัตรหมดอายุให้แนบสำเนาบัตรประชาชนมาพร้อมกัน) ในกรณีมีเฉพาะบัตรประชาชนให้แนบสำเนาหนังสือแต่งตั้งตำแหน่งจากองค์กรนั้นๆ ให้แนบมาพร้อมกัน)	
☐ 4.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้รับรองจากชุมชน (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน 1 ฉบับ
5. เอกสารประกอบของผู้รับรองจากสถานศึกษา

☐ 5.1 สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการที่ยังไม่หมดอายุ (กรณีบัตรหมดอายุให้แนบสำเนาบัตรประชาชนมาพร้อมกัน)	
☐ 5.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลผู้รับรองจากสถานศึกษา (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล)	จำนวน 1 ฉบับ

ปัจจุบันผู้ขอรับทุนไม่อยู่ในการระหว่างการขอรับทุนจากหน่วยงานอื่น และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวในเอกสารการสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้สมัครขอรับทุน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

ได้ตรวจสอบและรับเอกสารไว้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

เลขที่สมัคร.....

ใบรับเอกสาร

1. ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับประทานทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2564 ในวันที่ ในวันจันทร์ ที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี , เพจ Facebook ของ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี และบนเว็บไซต์ www.nonthaburisp.com
2. เมื่อประกาศผลแล้วเจ้าหน้าที่จะติดต่อผู้มีสิทธิ์รับประทานทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม จำนวน ๑๐๓ ทุน (ผู้ที่ไม่ผ่านการพิจารณา จะไม่มีการติดต่อใดๆ)
3. ผู้ขอรับทุนการศึกษาไม่สามารถเรียกคืนเอกสาร ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น และจะเก็บเป็นความลับทางราชการ ไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะชน
4. หากปลอมแปลงเอกสารหรือให้ข้อมูลเท็จจะถูกตัดสิทธิ์และถูกดำเนินการตามกฎหมาย
5. หากประสงค์ทราบรายละเอียดเพิ่มเติมให้ติดต่อที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0-2147-5244

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564

แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2564

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

- กลุ่ม ☐ เด็กที่เรียนในระบบ ☐ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
☐ เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องจากข้อจำกัดความพิการ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

- ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ สติปัญญา ☐ ร่างกาย ☐ ปัญหาการเรียนรู้(LD) ☐ การพูดและภาษา
☐ พฤติกรรมและอารมณ์ ☐ ออทิสติก ☐ พิการซ้อน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุนการศึกษา

- 1.1 ชื่อ(ต.ญ./ด.ช./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี
รหัสประจำตัวประชาชน.....
1.2 ชื่อสถานศึกษา.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....
1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เป็นของตนเอง ☐ เช่า ☐ บ้านพักหน่วยงาน ☐ อาศัยผู้อื่น ☐ ไม่มีที่อยู่
1.3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
1.3.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ข้อมูลบิดา ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

- 1.4 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

- 1.5 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ บิดาและมารดาขณะนี้ ☐ สมรส ☐ อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

- 1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีชื่อบิดา/มารดา คือ ☐ ปู่ ย่า ตา ยาย ☐ อื่นๆได้แก่.....
ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

*ในระหว่างการรับทุน ในปีการศึกษา 2564 นี้ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรับทุนจากแหล่งอื่น และขอรับรองว่าข้อมูล
ดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง
(.....)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

1. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา
 - 1.1 เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
 - 1.2 เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ
 - 1.3 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์
2. หลักฐานที่นำมายื่นทั้งหมด
 - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - ☐ สำเนาสูติบัตรเด็ก
 - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและสำเนาบัตรประชาชนเด็ก (กรณีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไป)
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับรอง (ส่วนที่ 3)
 - ☐ สำเนาบัตรคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ
3. ประวัติการได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานใดมาก่อน
 - ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาทต่อเดือน
 - ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษา ได้แก่.....
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่รวม ผู้รับทุน บิดา มารดาและผู้ปกครอง) รวม.....คน
5. ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท
6. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

.....

.....

สภาพความเป็นอยู่ ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ชดสขนาดแคลน

สภาพสิ่งแวดล้อม ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ไม่ดี

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ หน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ที่ได้รับมอบหมาย

- ☐ อนุมัติให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
- ☐ ไม่อนุมัติ เพราะ(ระบุเหตุผล).....

ลายมือชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

[illegible]

ส่วนที่ 4 ภาพถ่ายผู้ขอรับทุนและที่อยู่อาศัยปัจจุบันของผู้ขอรับทุน

4.1 ถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรง

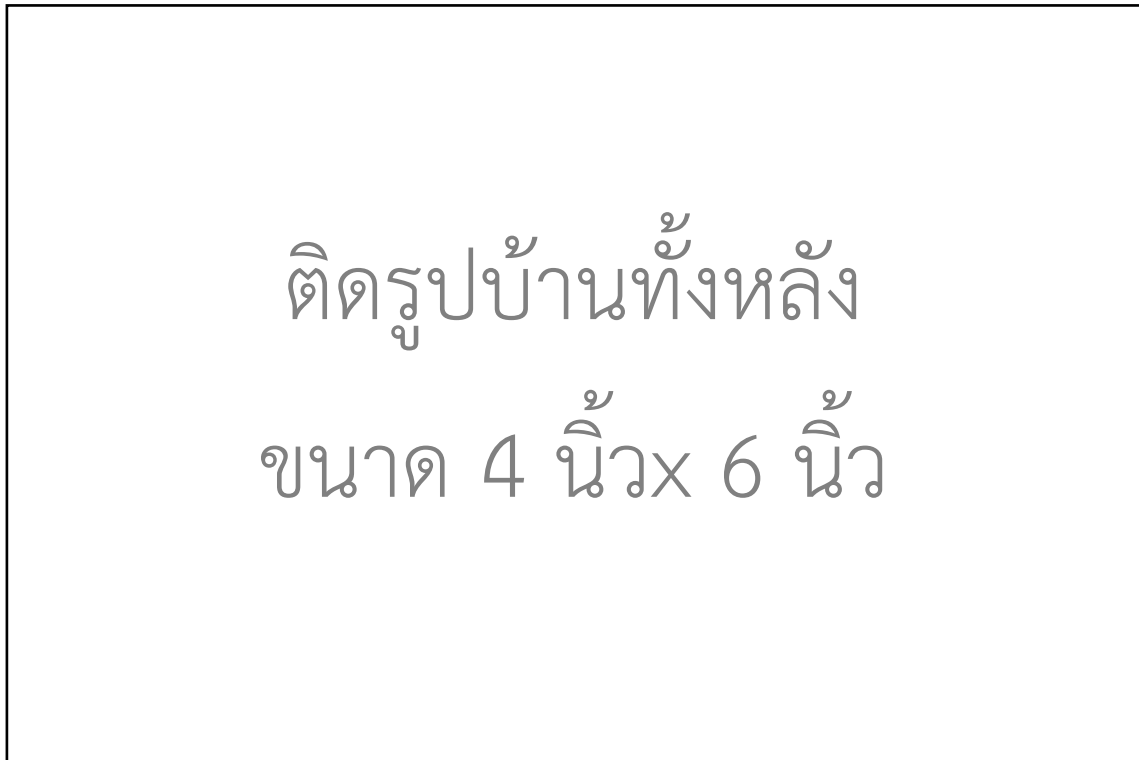
- รูปถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรง ซึ่งถ่ายมาไม่เกิน 6 เดือนและถ่ายครั้งเดียวกัน ขนาด 4 นิ้ว x 6 นิ้ว (ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำถ่ายเต็มตัวและเห็นสภาพความพิการชัดเจน) จำนวน 2 รูป

ติดรูปถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรง
ขนาด 4 นิ้ว x 6 นิ้ว

ติดรูปถ่ายผู้ขอรับทุนเต็มตัว
ขนาด 4 นิ้ว x 6 นิ้ว

4.2 รูปภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบันของผู้ขอรับทุน จำนวน 2 รูป

- รูปภาพบ้านทั้งหลังโดยให้เห้้นบ้านเลขที่



- รูปภาพภายในบ้าน

