**แบบฟอร์มการลงทะเบียนแรกรับ**

**ศูนย์บริการสนับสนุนนิสิตพิการ (Disability Support Services Center)**

**มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ-สกุล รหัสประจำตัวนิสิต

ลักษณะความพิการ

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

ชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์(บ้าน) โทรศัพท์เคลื่อนที่

E-mail LINE ID Facebook

**2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว**

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี โทรศัพท์

อาชีพ สถานที่ทำงาน

รายได้เดือนละ บาท □ มีชีวิตอยู่ □ ถึงแก่กรรม

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี โทรศัพท์

อาชีพ สถานที่ทำงาน

รายได้เดือนละ บาท □ มีชีวิตอยู่ □ ถึงแก่กรรม

สถานภาพของบิดา มารดา □ สมรส □ แยกกันอยู่ □ หย่า □ หม้าย

ผู้ปกครอง เกี่ยวข้อง โทรศัพท์

ที่อยู่ผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์

**3. ข้อมูลด้านการศึกษา**

คณะ/วิทยาลัย

สาขาวิชา ชั้นปีที่

อาจารย์ที่ปรึกษา

**4. ข้อมูลด้านสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์**

**การจดทะเบียนคนพิการ** □ ไม่จดเพราะ

□ จดแล้ว ทะเบียนเลขที่

บัตรหมดอายุวันที่ เดือน ปี

**5. ข้อจำกัด / ปัญหาอุปสรรคในการศึกษา และการร่วมกิจกรรมในมหาวิทยาลัย**

1)

2)

3)

4)

5)

**6. ความต้องการการรับบริการ/การช่วยเหลือ/การอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการศึกษา/การร่วมกิจกรรมในมหาวิทยาลัย (ข้อมูลเบื้องต้น)**

1)

2)

3)

4)

5)

**โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างละเอียดก่อนลงนามข้างท้าย**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกจากศูนย์บริการสนับสนุนนิสิตพิการ (DSS) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และยินดีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวด้านความพิการของข้าพเจ้าแก่ศูนย์ DSS เพื่อประโยชน์ในการจัดบริการ การสนับสนุนและการอำนวยความสะดวกอย่างสมเหตุสมผลแก่ข้าพเจ้า

ลงชื่อ

( )

ผู้ขอรับบริการ