

มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์ฯ
แบบฟอร์มขอรับทุนสนับสนุนโครงการผ่าตัดประสาทหูเทียม

กรุณาอ่านข้อความในแบบฟอร์มนี้ให้ละเอียดและตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริงให้มากที่สุด

รายละเอียดของผู้ปกครอง

ชื่อ-นามสกุลบิดา.....วันเดือนปีเกิด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน หมู่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน.....

อาชีพ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกรรม อาชีพอิสระ ระบุ..... รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

พนักงานบริษัท ชื่อบริษัทที่ทำงาน..... ทำงานเกี่ยวกับ

โทรศัพท์ที่ทำงาน ไม่ได้ทำงาน

ชื่อ-นามสกุล มารดา.....วันเดือนปีเกิด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ถ้าเป็นที่อยู่เดียวกัน ไม่ต้องกรอกช่องนี้)

เลขที่..... หมู่บ้าน หมู่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน.....

อาชีพ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกรรม อาชีพอิสระ ระบุ..... รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

พนักงานบริษัท ชื่อบริษัทที่ทำงาน..... ทำงานเกี่ยวกับ

โทรศัพท์ที่ทำงาน ไม่ได้ทำงาน

สถานะการสมรส สมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่

มีบุตรรวมทั้งหมดคน เด็กที่ต้องการขอทุนเป็นลูกคนที่.....

ชื่อ นามสกุลเด็ก.....วันเดือนปีเกิด.....

เด็กอยู่กับ บิดา มารดา บิดาและมารดา อยู่กับผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็ก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน หมู่..... ซอย/ตรอก.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน.....
อาชีพ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกรรม อาชีพอิสระ ระบุ..... รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 พนักงานบริษัท ชื่อบริษัทที่ทำงาน..... ทำงานเกี่ยวกับ

รายละเอียดของเด็ก

เด็กคลอดตามปกติ เด็กคลอดก่อนกำหนด คลอดเอง ผ่าตัดคลอด น้ำหนักตัวแรกคลอด.....
 เด็กมีภาวะตัวเหลือง หรือมีภาวะใดบ้างหลังคลอด ระบุ.....
ปัจจุบัน เด็กมีพัฒนาการสมวัย เด็กมีอาการผิดปกติด้านอื่นร่วมด้วย ระบุ.....
อายุที่พบว่าเด็กมีความบกพร่องทางการได้ยินปี.....เดือน
ระดับการได้ยินหูขวาเดซิเบล หูซ้าย.....เดซิเบล ผลตรวจเมื่อปี.....ที่โรงพยาบาล.....

เด็กยังไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง เด็กใส่เครื่องช่วยฟังเมื่ออายุ.....ปี.....เดือน

ปัจจุบันเด็กใส่เครื่องช่วยฟัง ตลอดเวลา บางเวลา ส่วนใหญ่ใส่ช่วงเวลา.....เฉลี่ย
ประมาณวันละ.....ชั่วโมง เหตุผลที่เด็กไม่ใส่เครื่อง.....

เด็กพูดเป็นคำเดียวที่มีความหมายด้วยตนเอง เด็กพูดได้สองคำขึ้นไปที่มีความหมายได้ด้วยตนเอง

เด็กพูดเองไม่ได้ แต่พูดตามได้ เด็กเปล่งเสียง แต่ไม่มีความหมาย

กรุณาอ่านข้อความในแบบฟอร์มนี้ให้ละเอียดและตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริงให้มากที่สุด

1. ผู้ปกครองต้องการเงินทุนสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ช่วยการได้ยินเพื่อให้ลูกได้ยินและเข้าถึงโอกาสทางการศึกษา

กรุณาระบุว่าเป็นอุปกรณ์การได้ยินชนิดใด เครื่องช่วยฟัง เครื่องประสาทหูเทียม

2. ความพร้อมเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูการฟังและการพูด หลังจากที่เด็กได้รับอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน และดูแล
บำรุงรักษาเครื่อง

2.1 ผู้ปกครองมีเวลาพาลูกมาฟื้นฟูอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งในช่วงสามเดือนแรก

พร้อม

ไม่พร้อม

2.2 ผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาลูกมาฟื้นฟูอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งในช่วงสามเดือนแรก

พร้อม

ไม่พร้อม

2.3 ผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายสำหรับปีละสองหมื่นบาท (กรณีเครื่องประสาทหูเทียม) กรณีอุปกรณ์ซ้ำชุด

พร้อม

ไม่พร้อม

3. กรุณาอธิบายถึงเหตุผลอย่างชัดเจนที่ท่านขอการสนับสนุนเงินทุนโครงการผ่าตัดประสาทหูเทียม

4. ท่านคาดหวังว่าลูกจะได้รับประโยชน์อะไรบ้าง หากได้รับการสนับสนุนเงินทุนโครงการผ่าตัดประสาทหูเทียม

5. กรุณาระบุจำนวนเงินที่ท่านพร้อมนำมาเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดประสาทหูเทียมที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้มูลนิธิฯ ได้มีโอกาสช่วยเหลือครอบครัวอื่นๆ ได้มากขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนของผู้ปกครอง.....บาท ส่วนของครอบครัว ญาติ พี่ น้อง.....บาท

กรุณาระบุจำนวนเงินที่ท่านต้องการขอรับการสนับสนุนจากมูลนิธิฯบาท

การยื่นแบบฟอร์มขอรับทุนสนับสนุน

มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์

137 ถนนพระราม 5

แขวง ถนนนครไชยศรี เขตดุสิต

กรุงเทพมหานคร 10300

การพิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุน

1. คณะกรรมการมูลนิธิฯ พิจารณาแบบฟอร์มขอรับทุนสนับสนุน
2. เชิญครอบครัวมาสัมภาษณ์
3. คณะกรรมการมูลนิธิฯ จะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ปกครองทราบ

หลักฐานสำหรับส่งให้มูลนิธิฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาให้ทุนสนับสนุน

การยื่นแบบฟอร์มเพื่อขอรับทุนสนับสนุนจะต้องมีแบบฟอร์มขอรับทุนสนับสนุนฯ และแนบหลักฐานตามที่ระบุ
ดังนี้

ทำเครื่องหมายกรณีสี่แนบเอกสารส่งมา

1.....

2.....

3.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้าให้
ข้อความไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกการขอรับการสนับสนุนฯ
ในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอทุน

(.....)

วันที่...../...../.....