

แบบฟอร์มข้อมูลพื้นฐานคนพิการ

ปีงบประมาณ.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ความสัมพันธ์กับกำลังพล บุตรตามกฎหมาย(พิการ) บุตรบุญธรรม(พิการ)

คู่สมรส(พิการ) บุพการี(พิการ)

เลขที่บัตรประชาชน.....เลขบัตรประจำตัว.....

เพศ : ชาย หญิง

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

วันเกิดวันที่.....เดือนเกิด.....ปีเกิด.....อายุ.....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่เดียวกับกำลังพล/ในพื้นที่ รพ. ค่าย คนละที่อยู่/นอกพื้นที่ รพ. ค่าย โปรตระบุ

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....

3. ข้อมูลการรักษา

โรงพยาบาลในพื้นที่.....

โรงพยาบาลอื่นๆ/ที่กำลังรักษา.....

สิทธิการรักษา บัตรทอง ประกันสังคม รัฐวิสาหกิจ เบิกจ่ายตรง

โรคประจำตัว.....

การรักษาโรคประจำตัว รักษา ไม่รักษา

ขึ้นทะเบียนคนพิการ ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการ

วันที่บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ..... ตลอดชีพ

ชื่อ-นามสกุล ผู้ดูแล.....เบอร์โทรศัพท์ (ผู้ดูแล).....

ประเภทความพิการ.....สถานะพิการซ้ำซ้อน.....

การฟื้นฟู.....

การช่วยเหลือของหน่วยงาน ปีงบประมาณปัจจุบัน

ทุนสงเคราะห์ของกองทัพบก ปี.....ทุนยั้งชีพจากสมาคมแม่บ้านทหารบก ปี.....

โครงการจ้างงานคนพิการ มาตรา 33 ปี.....โครงการจ้างงานคนพิการ มาตรา 35(3) ปี.....

โครงการจ้างงานคนพิการ มาตรา 35(7) ปี.....การช่วยเหลือโครงการอื่นๆ.....