

ด่วนที่สุด

ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๖๗๒



ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) สำนักงานเทศบาล
และที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

ด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานีแจ้งว่า สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๕ ในคณะกรรมการจัดงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๓ ประจำปี ๒๕๖๕ จะจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อประกาศเกียรติคุณในงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๓ ประจำปี ๒๕๖๕ โดยขอความร่วมมือให้จังหวัดพิจารณาเสนอชื่อคนพิการ ที่เห็นสมควรเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาคัดเลือกคนพิการตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง และจัดส่งรายชื่อให้ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ สฎ ๐๐๐๕/ว ๕๓๗๖ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเพื่อทราบและประสานงาน



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร./โทรสาร ๐-๗๗๒๗-๒๒๑๘

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | |
| จังหวัดสุราษฎร์ธานี | |
| เลขที่..... | ๒๔๔๒ |
| ๑๘ ส.ค. 2565 | เวลา..... |



ที่ สฎ ๐๐๐๕/ว ๕๓๗/๖

ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถ.ดอนนกก อ.เมืองฯ สฎ ๘๔๐๐๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕

เรียน **ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง
๒. แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕

ด้วย สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๕ ในคณะกรรมการจัดงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๓ ประจำปี ๒๕๖๕ จะจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อประกาศเกียรติคุณในงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๓ ประจำปี ๒๕๖๕ โดยขอความร่วมมือให้จังหวัดพิจารณาเสนอชื่อคนพิการที่เห็นสมควรเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๕

ในการนี้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอความร่วมมือท่านพิจารณาคัดเลือกคนพิการตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ส่งให้ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ เพื่อจักได้รวบรวมเสนอสภาสังคมสงเคราะห์เพื่อพิจารณา จังหวัดจึงขอขอบคุณในความร่วมมือในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเกษวิชัย เจริญวรรณ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

โทร/โทรสาร. ๐ ๗๗๓๑ ๐๙๑๖-๗

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2565
สมาคมสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

1. การเสนอชื่อ

- 1.1 เสนอโดยองค์กรคนพิการ / หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ / หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
- 1.2 คนพิการเสนอชื่อตนเองได้โดยต้องมืองค์กรคนพิการ / หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ / หน่วยงาน
ทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ / ผู้ที่นำชื่อถือในชุมชน เป็นผู้รับรอง

2. คุณสมบัติของคนพิการที่ได้รับการเสนอชื่อ

- 2.1 เป็นคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการเรียบร้อยแล้ว
- 2.2 ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปี บริบูรณ์
- 2.3 ต้องไม่เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ โดยยังมีได้ประกอบอาชีพใดๆ
- 2.4 ต้องไม่เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสมาคมสภาสังคมสงเคราะห์ฯ มาก่อน
- 2.5 ต้องไม่เคยได้รับรางวัลคนพิการดีเด่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ของ มูลนิธิอนุสรณ์หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร มาก่อน
- 2.6 เป็นคนพิการประเภทใดประเภทหนึ่งใน 7 ประเภทความพิการดังนี้

- 1 พิกัดทางการเห็น
- 2 พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3 พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 4 พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 5 พิกัดทางสติปัญญา
- 6 พิกัดทางการเรียนรู้
- 7 พิกัดทางออทิซึม

- หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ
ความพิการที่มีสาเหตุจากการป่วยเป็นโรคโปลิโอ ให้ถือเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง

3. หลักฐานประกอบการเสนอชื่อ

- 3.1 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
- 3.2 ภาพถ่ายหน้าตรง จำนวน 2 ภาพ พร้อมถ่ายสำเนา จำนวน 12 ภาพ
(สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ต้องเป็นภาพที่เห็นความพิการอย่างชัดเจน)

4. การกรอกแบบประวัติคนพิการ

- 4.1 ให้กรอกแบบประวัติคนพิการ โดยการพิมพ์
- 4.2 การกรอกรายละเอียดเรื่องความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง
ในหน้า 2 ข้อ 11 สามารถพิมพ์เป็นเอกสารแนบเพิ่มเติมได้ แต่ต้องมีความยาวไม่เกิน
10 หน้ากระดาษ A4

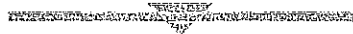
- 4.3 ให้จัดส่งต้นฉบับพร้อมถ่ายสำเนา ประกอบการพิจารณา จำนวน 14 ชุด
- 4.4 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวกัญญารัตน์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคณพิการ สภาสังคมสงเคราะห์ โทรศัพท์ 0-2241-2841, 0-2241-5125,
E-mail : infogit@ncswt.or.th
-

หมายเหตุ

- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม หมายถึง การปรับสภาพความพิการในลักษณะต่าง ๆ จนสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ เช่นเดียวกับพลเมืองดีของสังคม ตามสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
- ความพยายามในการศึกษาหาความรู้และการพัฒนาตนเอง หมายถึง การศึกษาในระบบโรงเรียน หรือนอกระบบโรงเรียน หรือการเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ และความชำนาญจนสามารถนำความรู้มาประกอบอาชีพ การพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต มีความอดทนต่อผู้ และยืนหยัดอยู่ในสังคมได้
- ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ หมายถึง การนำความรู้ ประสบการณ์ หรือความชำนาญไปประกอบอาชีพสุจริต ให้มีรายได้ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้น หรือมีรายได้ดี จนสามารถสร้างหลักฐานความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัว
- คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม หมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง เป็นผู้มีคุณภาพประพฤดี เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ทำคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนด้วยกำลังกาย กำลังใจหรือกำลังทรัพย์ ตามสภาพความเป็นอยู่ของตน และตามสภาพความพิการของตนเอง เป็นที่ชื่นชมยอมรับของสังคมหรือนำชื่อเสียงมาสู่ชุมชนและประเทศชาติ

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2565

สมาคมสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



1. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
- เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสมาคมสภาสังคมสงเคราะห์ฯ ในปี พ.ศ.
- ไม่เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของสมาคมสภาสังคมสงเคราะห์ฯ
- เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณของหน่วยงาน.....ในปี พ.ศ.
2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
- โทรศัพท์.....

3. ประเภทความพิการ

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> พิการทางการเห็น <input type="radio"/> ตาเห็นเลือนราง <input type="radio"/> ตาบอดสนิท ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ | <input type="checkbox"/> พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ |
| <input type="checkbox"/> พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย <input type="radio"/> หูตึง <input type="radio"/> หูหนวก <input type="radio"/> มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ | <input type="checkbox"/> พิการทางสติปัญญา ไปรคระบุระดับสติปัญญา |
| <input type="checkbox"/> พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ | <input type="checkbox"/> พิการทางเรียนรู้ ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ |
| <input type="checkbox"/> มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย <input type="radio"/> มี ไปรคระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ | |

4. ประวัติความพิการ

- พิกัดแต่กำเนิด พิกัดภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

สาเหตุความพิการ

5. สถานภาพการสมรส

- โสด สมรส
 หย่า แยกกันอยู่ หม้าย

6. คู่สมรสชื่อ..... อายุ..... ปี

อาชีพ.....

7. จบการศึกษา.....

8. จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

1. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

2. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

3. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

9. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด

.....
.....
.....

สถานที่ทำงาน

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

10. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว

ความสัมพันธ์

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

11. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

11.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

.....
.....
.....

11.2 ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

.....
.....
.....

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

.....
.....
.....

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้เสนอ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ก่อนกรอกข้อมูลกรุณาย่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการศึกษาคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2565 ตามเอกสารที่แนบ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) ภายในวันที่ 7 กันยายน 2565