

ด่วนที่สุด

ที่ พม ๐๖๐๒.๓๓/ว.๑



ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดเลย
๒๖๙ หมู่ ๖ ตำบลนาอ้อ
อำเภอเมือง จังหวัดเลย ๔๒๑๐๐

๒๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗
เรียน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗

ด้วยสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำหนดจัดงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการทั่วประเทศได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ได้แสดงความสามารถ ได้รับรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันความพิการ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการมีอาชีพและรายได้ที่เหมาะสมโดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานจัดกิจกรรมและบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ต่อคนพิการ โดยจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่างประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อประกาศเกียรติคุณในงาน วันคนพิการครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดเลย จึงประชาสัมพันธ์มาเพื่อขอความร่วมมือท่านพิจารณา เสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อประกาศเกียรติคุณในงาน วันคนพิการ ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยกรอกแบบประวัติประวัติคนพิการ ผลงาน และความคิดเห็น เพิ่มเติมของหน่วยงาน พร้อมสำเนา จำนวน ๑๔ ชุด ต่อคนพิการ ๑ คน ส่งไปที่สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนา คนพิการ สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ ๑๐๐/๔๑-๔๒ ถนนเทิดดำริ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ ภายในวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๗ รายละเอียด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(สุจิตรา ดวงเต็ม)

(นางสุจิตรา ดวงเต็ม)

ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดเลย

ฝ่ายสวัสดิการสงเคราะห์

โทร ๐ ๔๒๘๑ ๔๘๔๐

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2567
สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

3. ประเภทความพิการ

☐ พิการทางการเห็น ☐ ตาเห็นเลือนราง ☐ ตาบอดสนิท โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ หูตึง ☐ หูหนวก ☐ มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ ☐ พิการทางสติปัญญา โปรดระบุระดับสติปัญญา ☐ พิการทางเรียนรู้ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ ☐ พิการทางออทิสติก โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
☐ มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย หมายเหตุ : หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ (เลือก 1 ประเภทความพิการ) ☐ มี โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	

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/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

11. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

11.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

11.2 ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

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

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

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

ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้นำภาพถ่าย วิดีโอ เนื้อหา ข้อมูลต่าง ๆ ของข้าพเจ้า เผยแพร่ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม บนเว็บไซต์ บนอินเทอร์เน็ตหรือกระดานข่าวอื่น ๆ และรวมถึงในที่สาธารณะชนต่าง ๆ

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....
(.....)

ผู้เสนอ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
สถานที่ติดต่อ.....
.....
โทรศัพท์.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
สถานที่ติดต่อ.....
.....
โทรศัพท์.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ก่อนกรอกข้อมูลกรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2567 ตามเอกสารที่แนบ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. เลขที่ 100/41-42 ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) ภายในวันที่ 27 กันยายน 2567
3. ท่านสามารถเปิดโครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง งานวันคนพิการ ครั้งที่ 55 ประจำปี 2567 สภาสังคมสงเคราะห์ฯ และหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดมุมด้านล่าง



โครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง
ประจำปี 2567



หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง