



ที่ ลย ๐๐๒๓.๓/ว ๙๑๒๓

ศาลากลางจังหวัดเลย

ถนนมลิวรรณ ลย ๔๒๐๐๐

๗

พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม้เท้าขาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย นายกเทศมนตรีเมืองเลย
และนายกเทศมนตรีเมืองวังสะพุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๔๕๖๐
ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า วันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม้เท้าขาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม้เท้าขาว เป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม้เท้าขาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ โดยขอความอนุเคราะห์จังหวัดประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สรรวจคนพิการทางการเห็น ที่ไม่มีไม้เท้าขาว ไม้เท้าขาวชำรุด หรือไม้เท้าขาวสูญหาย จากสาธารณภัย ตามแบบคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น แล้วจัดส่งให้จังหวัดเพื่อนำส่งผลการสำรวจ ข้อมูลให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๒. รับมอบไม้เท้าขาวจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เพื่อจัดสรรให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และรวบรวมผลการปฏิบัติงานการมอบไม้เท้าขาวให้แก่ทางสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยทราบ

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จังหวัดจึงขอให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการทางการเห็นและรายงานให้จังหวัดภายในวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยูร อรัญรุท)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร.๐๖๓-๒๐๖๖๑๘๔

รับ น.อ.ร.

ศาลากลางจังหวัดเลย
เลขที่รับ ๙๖๙๑๔
วันที่ ๒๙ ต.ค. ๒๕๖๗
เวลา



ที่ มท ๐๘๓๐.๖/ว๕๕๖๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๗

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จ.เลย
เลขที่รับ ๑๐๑๐๒
วันที่ ๒๙ ต.ค. ๒๕๖๗
เวลา

วันที่ ๒๙ ต.ค. ๒๕๖๗
☐ ฝ่ายบริหารทั่วไป
☐ กลุ่มงานมาตรฐาน
☒ กลุ่มงานส่งเสริมเรื่อง
☐ กลุ่มงานระเบียบกฎหมาย
☐ กลุ่มงานการเงินบัญชี
☐ กลุ่มงานท้องถิ่น

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม่เฝ้าชาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มคำขอรับไม่เฝ้าชาวให้ผู้พิการทางการเห็น
๒. แบบฟอร์มสรุปภาพรวมข้อมูลการมอบไม่เฝ้าชาวให้ผู้พิการทางการเห็น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยว่า วันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม่เฝ้าชาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม่เฝ้าชาวเป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม่เฝ้าชาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ โดยขอความอนุเคราะห์จังหวัดประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สำรวจคนพิการทางการเห็น ที่ไม่มีไม่เฝ้าชาว ไม่เฝ้าชาวชำรุด หรือไม่เฝ้าชาวสูญหาย จากสาธารณภัย ตามแบบคำขอรับไม่เฝ้าชาวผู้พิการทางการเห็น แล้วจัดส่งให้จังหวัดเพื่อนำส่งผลการสำรวจข้อมูลให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๒. รับมอบไม่เฝ้าชาวจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เพื่อจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และรวบรวมผลการปฏิบัติงานการมอบไม่เฝ้าชาวให้แก่ทางสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยทราบ

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการทางการเห็นและรายงานให้จังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถประสานงานได้ที่ สำนักเลขานุการ คณะกรรมการบริหาร สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๑๒๓๔-๘๖๑๒, ๐๒-๐๓๖-๖๙๘๘ E-mail: tabc.officecenter@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น
กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต
โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๒
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

แบบฟอร์มคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น
(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....

ลำดับ	จำนวนผู้พิการ ที่ขอรับไม้เท้าขาว	หมายเหตุ

(.....)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

เบอร์โทร.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการมอบไม้เท้าขาวให้แก่ผู้พิการทางการเห็น
(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....

ภาพถ่ายหลักฐานการมอบไม้เท้าขาว
ให้แก่คนพิการทางการเห็น

๑. ชื่อ - สกุล (ผู้ขอรับ)

.....

๒. ผลการดำเนินงาน

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

๓. หลักฐานเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

☐ ภาพถ่ายหลักฐานการมอบไม้เท้าขาว

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือใบรับรองความพิการจากแพทย์ (ฉบับจริง)

(.....)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

เบอร์โทร.....

