

ด่วนที่สุด

ที่ นค ๐๐๑๙.๓/ ก๖๓๘๘๔



ศาลากลางจังหวัดหนองคาย
ถนนมิตรภาพ นค ๔๓๐๐๐

๗. ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำหนดจัดงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการทั่วประเทศ ได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ได้แสดงความสามารถ ได้รับรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันความพิการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการมีอาชีพ และรายได้ที่เหมาะสม โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการดำเนินงานจัดกิจกรรมและบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ต่อคนพิการ โดยจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อประกาศเกียรติคุณ ในงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗

ในการนี้ จังหวัดหนองคาย ใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการพิจารณาเสนอชื่อคนพิการ ที่เห็นสมควรเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ โดยกรณกรอกแบบประวัติคนพิการ ผลงานและความคิดเห็นเพิ่มเติมของหน่วยงาน ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ พร้อมสำเนา จำนวน ๑๔ ชุด ต่อคนพิการ ๑ คน ส่งให้จังหวัดภายในวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๗ ทั้งนี้ ได้มอบหมายนายเจตพัฒน์ กันยะบุตร นักวิชาการพัฒนาชุมชนชำนาญการ (ผู้รับผิดชอบงานฯ) กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชุมชน สำนักงานพัฒนาชุมชน จังหวัดหนองคาย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๐ ๒๑๗ ๒๑๖๗ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

นายสุรชาติ ตันติปาณี

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชุมชน
โทร./โทรสาร ๐ ๔๒๔๑ ๑๑๘๒

ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชุมชน รักษาการแทน
พัฒนาการจังหวัดหนองคาย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย



โครงการการคัดเลือกบุคคล
พิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อ
คนพิการเข้ารับการคัดเลือก
เป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

หนองคาย “เมืองน่าอยู่ มุ่งสู่เกษตรอินทรีย์ ท่องเที่ยววิถีลุ่มน้ำโขง เชื่อมโยงการค้าชายแดน”

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

<input type="checkbox"/> พิการทางการเห็น <input type="radio"/> ตาเห็นเลือนราง <input type="radio"/> ตาบอดสนิท โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
<input type="checkbox"/> พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย <input type="radio"/> หูตึง <input type="radio"/> หูหนวก <input type="radio"/> มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางสติปัญญา โปรดระบุระดับสติปัญญา
<input type="checkbox"/> พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ	<input type="checkbox"/> พิการทางเรียนรู้ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
<input type="checkbox"/> มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย หมายเหตุ : หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ (เลือก 1 ประเภทความพิการ) <input type="radio"/> 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 บนอินเตอร์เน็ตหรือกระดานข่าวอื่น ๆ และรวมถึงในที่สาธารณะชนต่าง ๆ

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เสนอ

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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



หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับ การคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง