



นคช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
เลขรับ 119.92
วันที่ 31 ส.ค. 2566
เวลา 10.35

ที่ สสคท. 765 / 2566

องค์การหรือสถานสาธารณกุศล ลำดับที่ ๘๔
ของประกาศกระทรวงการคลัง

๒๔๗ ตึกมหิตล ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
เลขที่รับ 2246
วันที่ 31 เดือน ส.ค. พ.ศ. ๖๖
เวลา 15.05 น.

25 สิงหาคม 2566

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

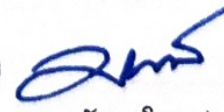
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566

สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำหนดจัดงานวันคนพิการ ครั้งที่ 54 ประจำปี 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการทั่วประเทศประมาณ 5,000 คน ได้พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ได้แสดงความสามารถ ได้รับรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันความพิการ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการมีอาชีพ และรายได้ที่เหมาะสม โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการดำเนินงานจัดกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการ โดยจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566 เพื่อประกาศเกียรติคุณในงานวันคนพิการ ครั้งที่ 54 ประจำปี 2566 รายละเอียดตามโครงการที่แนบ

ในการนี้ สภาสังคมสงเคราะห์ฯ ขอความร่วมมือจากท่าน ในการพิจารณาเสนอชื่อคนพิการ ที่เห็นสมควรเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566 โดยกรอกแบบประวัติคนพิการ ผลงาน และความคิดเห็นเพิ่มเติมของหน่วยงาน ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ พร้อมสำเนา จำนวน 14 ชุด ต่อคนพิการ 1 คน ส่งไปที่สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ สภาสังคมสงเคราะห์ฯ เลขที่ 100/41 - 42 ถนนเทอดดำริ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 ภายในวันที่ 20 กันยายน 2566

สภาสังคมสงเคราะห์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีเช่นเคย และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ดร.มนัส โนนุช)

ประธานสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์

เขียน ณ สสคท. สก
ชื่อ ไรต์ พิลาธนา

ด้วย สภาสังคมสงเคราะห์ฯ เสนอชื่อคนพิการ
ตัวอย่าง 2566

ดร.มนัส โนนุช สสคท. ป.ศ.ก.
นาง Web
กิ่งกมล

สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ
(นางจิตรานไพโรจน์พิทักษ์และโทรสาร, 0 - 2241 - 2841, 0 - 2241 - 5125
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566
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

<p><input type="checkbox"/> พิการทางการเห็น <input type="radio"/> ตาเห็นเลือนราง <input type="radio"/> ตาบอดสนิท ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย <input type="radio"/> หูตึง <input type="radio"/> หูหนวก <input type="radio"/> มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พิการทางสติปัญญา ไปรตระบุระดับสติปัญญา</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พิการทางเรียนรู้ ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> พิการทางออทิสติก ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย <input type="radio"/> มี ไปรตระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

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).....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เสนอ

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

โทรศัพท์.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ก่อนกรอกข้อมูลกรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566 ตามเอกสารที่แนบ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. เลขที่ 100/41-42 ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) ภายในวันที่ 20 กันยายน 2566
3. ท่านสามารถเปิดโครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง งานวันคนพิการ ครั้งที่ 54 ประจำปี 2566 สภาสังคมสงเคราะห์ฯ และหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดมุมด้านล่าง

