

Handwritten signature/initials in the top left corner.



สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (องค์กรสาธารณประโยชน์ ลำดับที่ ๗๑๕)

สำนักงาน ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

28/6 หมู่ที่ 2 ถ.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางใบไม้ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000 โทร 077-962318-9

E-mail: Khonpikan-surat2541@hotmail.co.th นายกสมาคมฯ

เลขรับที่.....
วันที่..... 0๘ พ.ค. 2565
เวลา..... 11:38

ที่ สพ.สฎ. ๑๕๐/๒๕๖๕

๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ พิจารณาคนพิการรับรถสามล้อโยก

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเคียนซา

- | | | | |
|---------------------|--|---------|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. | เอกสารประชาสัมพันธ์ และใบสมัครสมาชิกสมาคมฯ | จำนวน ๑ | ชุด |
| ๒. | แบบตอบขอความอนุเคราะห์ | จำนวน ๑ | ฉบับ |
| ๒. | แผนที่ตั้งสมาคมฯ | จำนวน ๑ | ฉบับ |

ด้วย สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (องค์กรสาธารณประโยชน์ ลำดับเลขที่ ๗๑๕) เป็นองค์กรของคนพิการ โดยคนพิการ จัดตั้งขึ้นตามทะเบียนเลขที่ ๕/๒๕๔๑ ได้จัดทำโครงการฝึกอบรม "ยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อส่งเสริมอาชีพ ผลิต และซ่อมบำรุงรถสามล้อโยก รถเข็น" อบรมช่างคนพิการ รวม ๔๐ คน และร่วมผลิตรถสามล้อโยก ๑๔๐ คัน รถเข็น ๒๐ คัน เพื่อมอบแก่คนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน ๒๐๐ คัน เพื่อจัดมอบให้สมาชิกสมาคมคนพิการฯ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อถวายเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เนื่องในวโรกาส พระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา โดยจะมีพิธีมอบในเดือน สิงหาคม 2565 เพื่อให้การช่วยเหลือคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ในการนี้ สมาคมคนพิการฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน พิจารณาคนพิการที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อโยก จำนวน ๑ คน เพื่อรับมอบรถสามล้อโยก ให้ในการดำรงชีวิตประจำวัน กรุณาส่งแบบตอบรับกลับสมาคมฯ ตามที่อยู่ข้างต้น ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยคนพิการต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. สมัครเป็นสมาชิกสมาคม ค่าสมัครสมาชิก ๓๐๐ บาท และสมทบกองทุนสวัสดิการ ๖๐๐ บาท
๒. มีลักษณะความพิการขาพิการขาอ่อนแรง อัมพาตท่อนล่าง หรือขาขาด
๓. มีสองข้างแข็งแรง พอใช้รถสามล้อโยก ได้ด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายวนิช ภาระกิจ)



นายกสมาคม คนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ติดต่อสอบถามฝ่ายเลขานุการสำนักงาน

โทรศัพท์ 077 - 962318 โทรสาร 077 - 962319

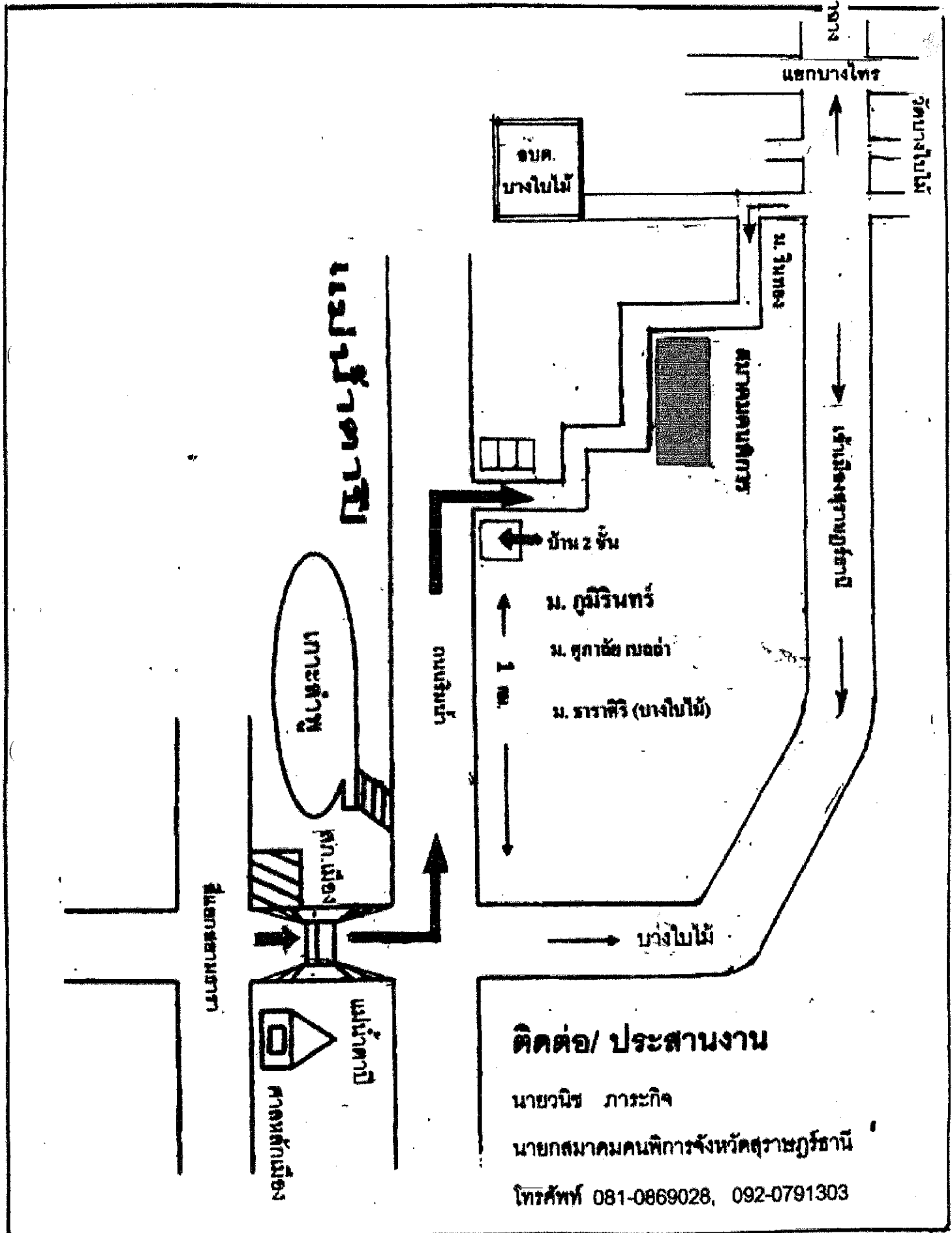
มือถือ 081-0869028, 092-0791303

แผนที่สังเขป สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สนง.ณ.ศูนย์ส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการสุราษฎร์ธานี

เลขที่ 28/6 หมู่ที่ 2 ถ.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางโขน อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ 077-962318-9, E-mail: Khonplikan-surat2541@hotmail.co.th





สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (องค์กรสาธารณประโยชน์)

สำนักงาน ศูนย์ส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สนง. 28/6 หมู่ที่ 2 ถ.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางไผ่ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

E-mail: Khonpikan-surat2541@hotmail.co.th นายกสมาคมฯ 081-0869028

คำร้องขอรับการอนุเคราะห์/ ขอรับสวัสดิการสมาชิกสมาคมฯ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน นายกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมฯ
 2. สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ
 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน
 4. รูปถ่ายเต็มตัว (เห็นสภาพความพิการ) จำนวน 1 รูป

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่..... อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์

มีความประสงค์ขอรับความอนุเคราะห์ ☐ รถเข็น ☐ รถสามล้อโยก ☐ แชน-ชา เทียม ☐ อื่นๆ

จากสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อ.....
พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่ายและประวัติส่วนตัวตามความเป็นจริงเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาด้วย
แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้ขอรับการอนุเคราะห์

เลขที่.....

แบบกรอกข้อมูลประวัติส่วนตัวผู้ขอรับการอนุเคราะห์/ ขอรับสวัสดิการสมาชิก

1. ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ น.ส. ☐ อื่นๆ เพศ ☐ ชาย ☐
หญิง ชื่อ..... นามสกุล..... เกิดเมื่อวันที่.....
เดือน..... พ.ศ. ปัจจุบันอายุ..... ปี บัตรประจำตัวประชาชน/บัตร
ประจำตัวคนพิการเลขที่..... สมาชิกสมาคมฯ เลข
ที่..... วันออกบัตร..... บัตรหมดอายุ.....

การศึกษา ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อาชีวศึกษา ☐ ปริญญาตรี
☐ อื่นๆ.....

อาชีพปัจจุบัน ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง/อาชีพอิสระ
☐ พนักงานบริษัทเอกชน ☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ
☐ เจ้าของกิจการ..... ☐ อื่นๆ.....

รายได้ครอบครัว ☐ น้อยกว่า 3,000 บาท ☐ 3,000 – 6,000 บาท ☐ 6,001 – 9,000 บาท
(ต่อเดือน) ☐ 9,001 – 12,000 บาท ☐ 12,000 – 15,000 บาท ☐ 15,000 ขึ้นไป

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....

จำนวนบุตร/ธิดา..... คนชาย..... คนหญิง.....คน

ประเภทพิการ..... ลักษณะความพิการ

อุปกรณ์ที่จำเป็น.....

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บริษัท/ห้าง/ร้าน/สถาบัน

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....

4. อุปกรณ์ที่ขอรับการอนุเคราะห์

☐ รถเข็นคนพิการ ☐ รถสามล้อยกคนพิการ ☐ แขนขาเทียม ☐ อื่นๆ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ.

ลงชื่อ.....

ขอเชิญ

คนพิการ

ทางการเคลื่อนไหวก

สมัครสมาชิกสมาคมฯวันนี้ รับเลขที่สมาชิก ลับ ซึ่งรางวัล

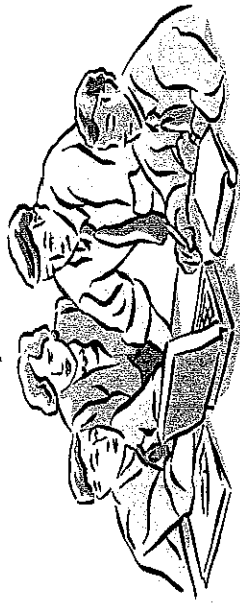
สร้อยคอทองคำ ทีวี ตู้เย็น พัดลม และอื่นๆ มากมาย ในวันประชุมใหญ่

สามัญประจำปี...ทุกปี เอกสารประกอบการสมัครสมาชิกสมาคมฯ (คุณสมบัตินักพิการทางการเคลื่อนไหว อายุ 15-80 ปี) ดังนี้

1. บัตรประจำตัวประชาชน 2 ชุด
2. สมุดประจำตัวคนพิการ 2 ชุด
3. ทะเบียนบ้าน 2 ชุด
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 4 รูป
5. ค่าสมัครสมาชิก 300 บาท
6. สมทบกองทุนสวัสดิการปีละ 600 บาท(รับสวัสดิการสมาชิกเฉลี่ยชีวิต 1500-20,000 บาท โดยนับจากระยะเวลาสมาชิก)

(ขนาดบัตรส่งจ่าย สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปณจ.สุราษฎร์ธานี อ.เมือง สุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84000)

หรือโอนเข้าบัญชี สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ธนาคาร ออมสิน สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่บัญชี 05-006161-983-4 บัญชี ออมทรัพย์



สมัครด้วยตนเองหรือผู้ดูแลคนพิการที่สมาคม หรือส่งเอกสารสมัครทางไปรษณีย์... (พร้อมแนบสติ๊กเกอร์โอนเงิน)

ส่ง...สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ 28/6 หมู่ที่ 2 ถ.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางไผ่ อ.เมือง สุราษฎร์ธานี 84000

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่... นายกสมาคมฯ 092-0791303, 081-0869028, เลขานุการฯ 064-0625436 หรือ.....

โทรศัพท์ 077-962318, โทรสาร 077-962319 ติดตาม Facebook สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี องค์การสาธารณะประโยชน์

หมายเหตุ:

สมัคร.....สมาชิกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี จะเป็นสมาชิกสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย ทุกคน

ทายาท直系ตรง(พ่อ/แม่/สามี/ภรรยา/บุตร.... รับสวัสดิการกรณีสมาชิกสมาคมฯ เสียชีวิต 5,000 บาท กรณี

บริการให้คำปรึกษาการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพ 60,000-120,000 บาท และรับสวัสดิการสมาชิกสมาคมฯ อีกมากมาย

เอกสารประกอบ

สมาชิกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

(เอกสารถ่ายสำเนา/ เขียนที่รับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บัตรประจำตัวคนพิการ	๒	ฉบับ
2. บัตรประชาชน	๒	ฉบับ
3. ทะเบียนบ้าน	๒	ฉบับ
4. รูปถ่าย ๑ นิ้ว	๔	ฉบับ
5. ค่าสมัครสมาชิก	๓๐๐	บาท
6. สมทบกองทุนสวัสดิการ	๖๐๐	บาท

เอกสารผู้ดูแลคนพิการ

1. บัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน	๑	ฉบับ
----------------------------	---	------

ค่าสมัครสมาชิก

โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ธนาคาร ออมสิน สาขา สุราษฎร์ธานี

เลขบัญชี 050-0-6161-983-4

หมายเหตุ:

สมาชิกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี จะเป็นสมาชิกสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย ทุกคน
รับสวัสดิการกรณีสมาชิกเสียชีวิต 5,000 บาท

สมัคร

ด้วยตนเอง/ ผู้ดูแล

หรือ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์..

กรุณาส่ง

นายกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ จ.สุราษฎร์ธานี

28/6 หมู่ที่ 2 ถนนเลียบแม่น้ำตาปี

ตำบล บางใบไม้

อำเภอ เมือง

จังหวัด สุราษฎร์ธานี

๘๔๐๐๐

สอบถามเพิ่มเติม

โทรศัพท์. สำนักงานฯ 077 - 962318-9

นายกสมาคมฯ 092 - 0791303

เลขานุการ 064 - 0625436

จนท.สมาคมฯ 081 - 0869028



สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สนง. ศูนย์ส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการสุราษฎร์ธานี

28/6 หมู่ที่ 2 ถ.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางใบไม้ อ.เมือง สุราษฎร์ธานี 84000

รูปภาพ 1 นิ้ว

ใบสมัครสมาชิก

หมายเลขสมาชิก(เว้น).....

ชื่อ.....นามสกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประชาชน.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....ศาสนา

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานภาพทางครอบครัว ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ บุตรชาย.....คน บุตรหญิง.....คน

ชื่อ - สกุล บิดา.....อายุ.....ปี () ยังมีชีวิต () ถึงแก่กรรม

ชื่อ - สกุล มารดา.....อายุ.....ปี () ยังมีชีวิต () ถึงแก่กรรม

ชื่อ - สกุล คู่สมรส.....อายุ.....ปี () ยังมีชีวิต () ถึงแก่กรรม

ลักษณะความพิการ.....

เครื่องช่วยความพิการ () ไม่ค้ำยัน () รถเข็น () รถสามล้อโยก () แขน/ขาเทียม () อื่นๆ

วุฒิการศึกษา.....อาชีพ ปัจจุบัน.....

ความสามารถพิเศษ.....

ข้อคิดเห็น/ ความต้องการช่วยเหลือ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก ☐ สามัญ (พิการร่างกาย/การเคลื่อนไหว) ☐ สมทบ (พิการประเภทอื่น/ ผู้ดูแลคนพิการ/ผู้สนใจทั่วไป) ของ สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฯ ทุกประการ พร้อมใบสมัครนี้

ข้าพเจ้าได้ส่ง 1. () รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน/ ไม่สวมหมวก) จำนวน 4 รูป

2. () สำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชน ฉบับละ 2 แผ่น พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

3. () สำเนาสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการ ฉบับละ 2 แผ่น พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
(หน้าที่บอกวันหมดอายุของสมุด หน้าที่มีรูป และหน้าที่มีที่อยู่ (ถ่ายเป็นแผ่นเดียวกัน 1 แผ่น))

4. () ค่าลงทะเบียนสมาชิก เป็นเงิน 300 บาท/ค่าสมทบกองทุนสวัสดิการสมาชิก เป็นเงิน 600 บาท
ธนชาติ ส่งจ่าย "สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี" ปณจ.สุราษฎร์ธานี อ.เมือง สุราษฎร์ธานี

ลงชื่อคนพิการ.....ผู้สมัคร ลงชื่อ.....ผู้รับรอง/ ผู้ปกครองคนพิการ
(.....) (.....) โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ
(กรรมการสมาคม/ กรรมการชมรมคนพิการ.....) (.....)

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....ใบเสร็จเล่มที่.....ใบเสร็จเลขที่.....



สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย

สำนักงานติดต่อ 25/7-8 ซ.ติวานนท์ 8 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-951-0445, 02-951-0447, โทรสาร 02-951-0567

รูปภาพ 1 นิ้ว

ใบสมัครสมาชิกประเภทบุคคล

หมายเลขสมาชิก.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมายเลขบัตรประชาชน.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....ศาสนา.....
ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

(โปรดแจ้งสมาคมฯ ทุกครั้ง เมื่อมีการย้ายที่อยู่)

ที่อยู่ตามบัตรประชาชนบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
วุฒิการศึกษา.....อาชีพ ปัจจุบัน.....
ความสามารถพิเศษ.....
สถานภาพทางครอบครัว ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง บุตร.....คน
สาเหตุความพิการ.....
สภาพความพิการ.....กายอุปกรณ์ที่ใช้.....
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคนพิการ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก ☐ สามัญ (พิการร่างกาย/การเคลื่อนไหว) ☐ สมทบ (พิการประเภทอื่น)

ของสมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย โดยจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฯ ทุกประการ

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้ส่ง 1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

2. สำหรับสมาชิกสามัญประเภทบุคคล ค่าสมัครแรกเข้าคนละ 20 บาท ค่าบำรุงสมาคม

ปีละ 20 บาทต่อคน รวมเป็น 40 บาท (ปีแรก 20 บาท ปีต่อไปค่าบำรุงปีละ 20 บาท)

3. สำหรับสมาชิกประเภทสมทบ ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท ค่าบำรุงสมาชิกปีละ 100 บาท

4. โดยจ่ายเป็นธนาคาติ ส่งจ่าย ป.ณ.นนทบุรี

5. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

6. สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ/บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ ผู้สมัครสมาชิกต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....ใบเสร็จรับเงินที่.....ใบเสร็จเลขที่.....

แผนที่สังเขป สหประชาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สนง.ณ.ศูนย์ส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการสุราษฎร์ธานี

เลขที่ 28/6 หมู่ที่ 2 ต.เลียบแม่น้ำตาปี ต.บางใบไม้ อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ 077-962318-9, E-mail: Khonplikan-surat2541@hotmail.co.th

