

งานพิธีสงฆ์
รศ. ๖๖

อบต.เคียนซา
เลขที่รับที่ ๑๙๙
วันที่ 4 พ.ย. 2565
เวลา ๑๖.๕๘



ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๘๗/๘

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
สฎ ๘๔๐๐๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง สำรองความต้องการขอรับรถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์)

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่ สฎ ๐๐๐๕/๔๑๐๒ ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานีแจ้งว่า กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้ดำเนินกิจกรรมสำรวจความต้องการของคนพิการที่มีความยากจนและมีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) ในชีวิตประจำวัน โดยได้รับการสนับสนุนรถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) จากมูลนิธิเวชดุสิต ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน ๕๐๐ คัน และได้สนับสนุนให้กับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๑๕ คัน

ดังนั้น จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์คนพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) ขอให้กรอกแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคม พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ส่งไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเพื่อทราบและประสานงาน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ รุ่งเล็ก)
ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ ๑๓๓ หน้า ๑๑ คมธ. เคมีฯ

- รับสารภาพที่ขอโทษและขออภัยของนาย
อรรถสิทธิ์ งามวิจิตร ได้แล้ว จึงขออภัย
จากขอโทษที่ขอโทษนายอรรถสิทธิ์ (วิจิตร)
นายอรรถสิทธิ์ งามวิจิตร
- ฝากถาม
นอ

สวทท
นางสาวสุวรรณา คำคง
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

๙ พ.ค. ๖๕

- ฝากถามว. นายอรรถสิทธิ์

นายอรรถสิทธิ์ งามวิจิตร



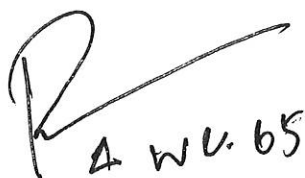
๙ พ.ค. ๖๕

- ฝากถามว. นายอรรถสิทธิ์ งามวิจิตร



๙/๖๕/๖๕.

- ทสว



๙ พ.ค. ๖๕

๘๐๘๑

2621/๒5

๑๑ - ๓ พ.ย. ๒๕๖๕



ที่ สฎ ๐๐๐๕/๔๖๐๒

สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓๓๗

เลขที่

วันที่ ๒ พ.ย. ๒๕๖๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง

ของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๓๙/๗

ม.๙ ต.ขุนทะเล อ.เมือง จ.สุฎ ๘๔๑๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง สำรองความต้องการขอรับรถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์)

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้ดำเนินกิจกรรมสำรวจความต้องการของคนพิการที่มีความยากจนและมีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) ในชีวิตประจำวัน โดยได้รับการสนับสนุนรถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) จากมูลนิธิเวชดุสิต ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน ๕๐๐ คัน และได้สนับสนุนให้กับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๑๕ คัน

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์คนพิการประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ (วีลแชร์) ทั้งนี้ ขอให้กรอกแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคม พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และส่งเอกสารหลักฐานมายัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามเพื่อแจ้งจริงผู้รับบริการทางสังคมได้จาก QR code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอังค์ โชคชัยวัฒนา)

นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

โทร ๐ ๗๗๓๓ ๐๔๑๖

โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐ กด ๒



6.5 ด้านครอบครัว

- | | |
|--|--|
| ☐ กำพร้า | ☐ ครอบครัวแตกแยก/พ่อแม่แยกทาง |
| ☐ ครอบครัวอุปถัมภ์ | ☐ ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม |
| ☐ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก | ☐ ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว |
| ☐ ต้องรับภาระหน้าที่ในครอบครัวเกินวัย/เกินความสามารถสติปัญญา | ☐ ตั้งครรภ์นอกสมรส |
| ☐ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร | ☐ ถูกทอดทิ้ง |
| ☐ อยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และมีปัญหาในการดำรงชีวิต | ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม |
| ☐ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ | ☐ พ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/พ่อเลี้ยงเดี่ยว |
| ☐ แม่เฒ่าที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง/แม่เลี้ยงเดี่ยว | ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน |
| ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางคืน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน | ☐ ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านร่างกาย | ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านจิตใจ |
| ☐ ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศ | ☐ ครอบครัวมีหนี้สิน |
| ☐ ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็กคนพิการ ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด) | |
| ☐ ผู้อุปการะมีฐานะยากจน/ขาดแคลน | ☐ ครอบครัวยากจน |

6.6 ด้านความรุนแรงในครอบครัว/สังคม

- | | |
|---|--|
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ทารุณกรรมทางร่างกาย |
| ☐ ทารุณกรรมทางจิตใจ | ☐ ทารุณกรรมทางเพศ |

6.7 ด้านการเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

- | | |
|--|---|
| ☐ ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ | ☐ ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว |
| ☐ ถูกบังคับขอรหัส | ☐ ถูกบังคับค้าประเวณี |
| ☐ ถูกล่อลวง | ☐ ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศ |
| ☐ เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อผู้อื่น | ☐ ถูกบังคับใช้แรงงาน |
| ☐ ถูกบังคับให้ประพฤติดีกกฎหมาย | |

6.8 ด้านการเข้าถึงสิทธิและความเป็นธรรมในสังคม

- ☐ ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา
- ☐ ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ
- ☐ ยังไม่ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
- ☐ ขอบุตรบุญธรรม
- ☐ การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ
- ☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- ☐ เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
- ☐ ถูกละเมิดทางเพศ
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมือง
- ☐ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้
- ☐ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยแล้ง/ภัยหนาว/วาตภัย/อุทกภัย/อัคคีภัย/แผ่นดินไหว
- ☐ ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม

6.9 ด้านสภาพปัญหาสังคมอื่นๆ

- ☐ ประพฤติตนไม่เหมาะสม
- ☐ เสี่ยงต่อการกระทำผิด
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ การอพยพ/หลบหนีเข้าเมือง
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

8.สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

☐ 1. ไม่เคย

☐ 2. เคย อะไรบ้างในปีงบประมาณนี้ จำนวน ครั้ง รวมเป็นเงิน บาท ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 2.1 เงินสงเคราะห์

☐ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ

☐ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ 2.4 เบี้ยความพิการ

☐ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

☐ 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

☐ 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน

☐ 2.8 สวัสดิการอื่นจากภาครัฐ ระบุ

☐ 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน

☐ 2.10 เงินกู้

☐ 2.11 เครื่องช่วยความพิการ

☐ 2.12 อื่นๆ ระบุ.....

9. การรับรองข้อมูลส่วนบุคคล

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับคำขอ

(.....)

ลงวันที่.....

ส่วนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้วินิจฉัย เท่านั้น

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ความเห็นของผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

- ☐ ช่วยเหลือเป็นเงิน จำนวน.....บาท หรือ
- ☐ ช่วยเหลือเป็นสิ่งของ ระบุ ☐ อุปกรณ์การศึกษา ☐ อาหาร
- ☐ เครื่องนุ่งห่ม ☐ ยารักษาโรค
- ☐ นมผงสำหรับเด็ก ☐ เครื่องอุปโภคและบริโภค
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

มูลค่าสิ่งของ จำนวน บาท

ตามระเบียบ/ประกาศ/หนังสือ

เงินอุดหนุนประเภท.....

ลงชื่อ ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ

(.....)

ตำแหน่ง

เลขที่.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือของคณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม

วันที่ประชุมคณะกรรมการ.....ครั้งที่.....

- ☐ ทราบ (เร่งด่วน)
- ☐ คุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

- ☐ วิธีการให้ความช่วยเหลือ

☐ เห็นชอบ

☐ ไม่เห็นชอบ ระบุเหตุผล.....

ความเห็นเพิ่มเติม.....

แบบคำขอรับความช่วยเหลือกรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ข้อมูลผู้ขอรับความช่วยเหลือ		
ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่		
ปัญหาความเดือดร้อน		
☐ เดินทางมาทำงานทำ	☐ ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง	☐ ถูกล่อลวง
☐ เดินทางมาหาคู่สมรส ,ญาติ	☐ เดินทางมารับการรักษาพยาบาล	☐ อื่นๆ ระบุ.....
ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา		
☐ ต้องการฝึกอาชีพ	☐ ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร	
☐ ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ	☐ อื่นๆ ระบุ.....	
กรณีผู้ตกทุกข์ได้ยากในต่างประเทศ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้ด้วย		
เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่ เดือน.....พ.ศ.		
สถานที่ทำงาน/พักอาศัย.....		
จุดประสงค์ที่เดินทางไป.....		
ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท).....		
สาเหตุที่เดินทางกลับ.....		
จากประเทศ.....เดินทางกลับถึงประเทศไทยเมื่อวันที่		
โดยเที่ยวบิน.....		

ลงชื่อ ผู้ขอรับความช่วยเหลือ

(.....)

โทรศัพท์.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา	
ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -	เป็นเงิน.....บาท
ค่าต่อรถ - บ้านพัก.....	เป็นเงิน.....บาท
ค่าอาหารระหว่างเดินทาง คน.....วันๆละ.....บาท	เป็นเงิน.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ขบวน นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะฯ).....	เป็นเงิน.....บาท
เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท	
ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์	
เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....	
แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....	เป็นเงินจำนวน บาท

ลงชื่อ นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่ เดือน พ.ศ.