

ฝากส่ง ๑๑๑๖๖๖



อบต.เกียะเซา
เลขรับที่ 1016
วันที่ ๒๗ ส.ค. 2567
เวลา 14:37

ที่ สฎ ๐๐๒๓.๓/ว ๘๑๑

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี
สฎ ๘๔๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสมุย) นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ สฎ ๐๐๐๕/๑๓๑๔๔ ลงวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการในการให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ขาดแคลนกายอุปกรณ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไปมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานีพิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบเพื่อสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheel chair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว ฯลฯ โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มผ่านทาง QR Code ที่กำหนด และขอให้จัดส่งข้อมูลไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเพื่อทราบและประสานงาน

ขอแสดงความนับถือ

๐๗๖.

(นายวิษณุ วาสานนท์)
ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๗ ๒๒๑๘

ที่ สฎ ๐๐๐๕ / ๒๓๖๕๕



1402/๒๗ ก - ๕ ส.ค. ๒๕๖๗
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี
เลขที่ ๒๔๑๗
วันที่ ๕ ส.ค. ๒๕๖๗
ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก อ.เมืองฯ สฎ ๘๔๐๐๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับกายอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการ

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสรุปคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินงานภายใต้โครงการสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ในการให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ขาดแคลนกายอุปกรณ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงขอความร่วมมือมายัง ท่านซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนคนพิการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชาสัมพันธ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อสำรวจความต้องการขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เช่น รถเข็นนั่ง (Wheel chair) รถสามล้อโยก หรือไม้เท้าขาว ฯลฯ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มผ่านทาง QR CODE และขอความกรุณาส่งข้อมูลมายัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวชลลดา ชนะศรีรัตนกุล)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

โทร ๐ ๗๗๓๑ ๐๘๑๖ / โทรสาร ๐ ๗๗๓๕ ๕๐๘๐

ผู้ประสานงาน นางสาวลภัทรดา พูลแก้ว



ลิงค์สำหรับกรอกข้อมูล



QR Code แบบฟอร์ม

แบบสรุปคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

หน่วยงาน.....

ที่	ชื่อ - นามสกุล (คนพิการ)	เลขที่บัตรประชาชน	ประเภทความพิการ	เบอร์โทรที่ติดต่อได้	ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ					อื่นๆ
					รถเข็นนั่ง (Wheelchair)	รถสามล้อชนิดมีมือโยก	ที่นอนลม	เตียงผู้ป่วย ยาว (ปรับระดับได้)	ไม้เท้าขาว	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ลงชื่อ..... (ผู้ให้ข้อมูล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่...../...../.....