

ที่ ศธ ๐๔๑๓๔/ว ๑๕๖๓



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต ๑
ถ.ลำพูน-ป่าซาง อ.เมืองลำพูน จ.ลำพูน ๕๑๐๐๐

๒๓

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกโรงเรียนในสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศการรับสมัครทุนการศึกษา	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบขอรับทุนการศึกษา	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แนวทางการดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน แจ้งว่า ตามที่ ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประธานมูลนิธิคุณพุ่ม ทรงมีพระกรุณาธิคุณประทานทุนมูลนิธิคุณพุ่ม จำนวน ๑๐๓ ทุน มูลค่าทุนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กและเยาวชนพิการ โดยมอบหมายให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน ดำเนินการพิจารณาจัดสรรทุนการศึกษา ตามหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติของศูนย์การศึกษาพิเศษเกี่ยวกับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต ๑ จึงแจ้งประชาสัมพันธ์การรับสมัครขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ให้สถานศึกษาในสังกัด โดยสามารถยื่นใบสมัครขอรับทุนการศึกษา ได้ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นายณรงค์ฤทธิ์ รุ่งเรืองคำ ตำแหน่ง ครูผู้ช่วย โทรศัพท์ ๐๖๑ ๐๓๑๒๕๑๓ ผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชัย บุญมาหนองคู)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต ๑
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต ๑

กลุ่มอำนวยการ

โทร. ๐-๕๓๐๐-๓๕๔๗ - ๐-๕๓๐๐-๓๕๔๘ ต่อ ๑๑๓

โทรสาร ๐-๕๓๐๐-๓๕๕๐

“เรียนดี มีความสุข”



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน
เรื่อง การรับสมัครทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ด้วย มูลนิธิคุณพุ่มในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ได้จัดสรรทุนการศึกษา
ในมูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ เพื่อจัดสรรให้กับเด็กพิการทางการศึกษานិรนาม และยากจนใน
จังหวัดลำพูน จำนวน ๑๐๓ ทุน ทุนละ ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕๑๕,๐๐๐ บาท (ห้าแสนหนึ่งหมื่นห้าพัน
บาทถ้วน) โดยมอบหมายให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน เป็นฝ่ายประสานงานและพิจารณาคุณสมบัติ
ของผู้ขอรับทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่ม ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน จึงประกาศรับสมัครเด็กพิการ
เพื่อขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ขอรับทุนการศึกษา

๑. เป็นผู้พิการทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ หรือมีเอกสารรับรองความพิการ
๒. เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
๓. อายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์ (นับจนถึงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗)
๔. เป็นผู้มิมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำพูน
๕. กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาทุกสังกัดในพื้นที่จังหวัดลำพูน

๒. วิธีการขอรับใบสมัคร

๑. สามารถขอรับใบสมัครได้ที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดลำพูน เลขที่ ๓๖๕
หมู่ที่ ๒ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ๕๑๐๐๐ และหน่วยบริการประจำอำเภอในจังหวัดลำพูน ๕ หน่วยบริการ

๒. สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่

๒.๑ Facebook : Lamphun Special Education Center

๒.๒ เว็บไซต์ : www.lsec.ac.th

๓. เอกสารและหลักฐานที่ใช้ประกอบการรับสมัคร

- | | |
|--|--------------|
| ๑. ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาตามแบบที่มูลนิธิคุณพุ่มกำหนด | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาสูติบัตรผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้านผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการหรือเอกสารรับรองความพิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการ (กรณีอายุเกิน ๗ ปี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาบัตรประชาชนบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สำเนาทะเบียนบ้านบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. สำเนาบัตรผู้รับรอง (ตามที่ระบุในใบสมัคร) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. รูปถ่ายหน้าตรง ๑ นิ้ว (ไม่สวมแว่นตา) | จำนวน ๑ รูป |
| ๑๐. เอกสารอื่นๆ ถ้ามี อาทิ สำเนาเอกสารเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล | |

หมายเหตุ : ในกรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วน ให้ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัคร

๔. เงื่อนไขในการสมัคร

๑. ผู้สมัครสามารถยื่นเอกสารการสมัครขอรับทุนด้วยตนเอง หากผู้สมัครไม่สามารถมาสมัครได้ด้วยตนเอง อนุญาตให้ผู้ดูแลคนพิการ/บิดา/มารดา ผู้ปกครองของผู้สมัครยื่นแทนได้/หรือยื่นใบสมัครทางไปรษณีย์ตามวัน เวลา ที่กำหนด

๒. กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ครบ ๓ ส่วน (ส่วนที่ ๑) แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา ส่วนที่ ๒ แบบสอบข้อเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา ส่วนที่ ๓ หนังสือรับรอง/หนังสือรับรองจากชุมชนหรือผู้ที่นำเชื่อถือ/หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ)

๓. เอกสารประกอบการสมัครให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๕. เกณฑ์การพิจารณา

๑. ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องมีสมุดประจำตัวคนพิการ/บัตรคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการ ที่ยังไม่หมดอายุ ซึ่งออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยพิจารณาจากผู้ขอรับทุนที่มีสมุดประจำตัวคนพิการ/บัตรคนพิการเป็นอันดับแรก

๒. พิจารณาเด็กออทิสติกชนิดรุนแรงและยากจนมาเป็นอันดับแรก

๓. พิจารณาเด็กพิการประเภทอื่นเป็นลำดับต่อไป

๔. ผู้ขอรับทุนยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้อง ตามวันเวลารับสมัคร

๕. คณะกรรมการดำเนินการทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารและสภาพความเป็นอยู่รายได้ครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาถึงความจำเป็นของการขอรับทุนการศึกษา และจะประกาศแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาตามลำดับ

๖. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

๖. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

๑. สามารถยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน เลขที่ ๓๖๕ หมู่ที่ ๒ ตำบลตันธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ๕๑๐๐๐ และหน่วยบริการประจำอำเภอในจังหวัดลำพูน ๕ หน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (เว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์) หากผู้ขอรับทุนการศึกษาท่านใดไม่ส่งเอกสารตามวันและเวลาดังกล่าว ถือว่าท่านสละสิทธิ์การขอรับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม

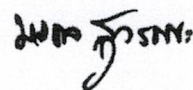
๒. ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

๗. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับทุนการศึกษา มูลนิธิคุณพุ่มให้กับเด็กพิการ ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ผ่านช่องทาง Facebook : Lamphun Special , เว็บไซต์ : www.lsec.ac.th และป้ายประชาสัมพันธ์ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นายณรงค์ฤทธิ์ รุ่งเรืองคำ โทรศัพท์ ๐๖๑-๐๓๑๒๕๑๓ หรือ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน โทรศัพท์หมายเลข ๐๕๓-๕๓๔๕๐๘

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ลงชื่อ



(นายมงคล สุวรรณะ)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน

แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2567

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

- กลุ่ม เด็กที่เรียนในระบบ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
 เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องจากข้อจำกัดความพิการ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

- การมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา ร่างกาย ปัญหาการเรียนรู้(LD) การพูดและภาษา
 พฤติกรรมและอารมณ์ ออทิสติก พิการซ้อน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุนการศึกษา

- 1.1 ชื่อ(ค.ญ./ค.ช./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
รหัสประจำตัวประชาชน.....
1.2 ชื่อสถานศึกษา.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....
1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นของตนเอง เช่า บ้านพักหน่วยงาน อาศัยผู้อื่น ไม่มีที่อยู่
1.3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
1.3.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ข้อมูลบิดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

- 1.4 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

- 1.5 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ บิดาและมารดาขณะนี้ สมรส อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน แยกกันอยู่ หย่าร้าง

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

- 1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีชื่อบิดามารดา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย อื่นๆได้แก่.....
ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

*ในระหว่างการรับทุน ในปีการศึกษา 2567 ปี ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรับทุนจากแหล่งอื่น และขอรับรองว่าข้อมูล
ดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

1. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา
 - 1.1 เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
 - 1.2 เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ
 - 1.3 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์
2. หลักฐานที่นำมายื่นทั้งหมด
 - สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - สำเนาสูติบัตรเด็ก
 - สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและสำเนาบัตรประชาชนเด็ก (กรณีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไป)
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้รับรอง (ส่วนที่ 3)
 - สำเนาบัตรคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ
3. ประวัติการได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานใดมาก่อน
 - ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาทต่อเดือน
 - เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษา ได้แก่.....
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่รวม ผู้รับทุน บิดา มารดาและผู้ปกครอง) รวม.....คน
5. ภาระหนี้สิน ไม่มีหนี้สิน มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท
6. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

.....
.....

- สภาพความเป็นอยู่ ดี ปานกลาง ชัดสนขาดแคลน
 สภาพสิ่งแวดล้อม ดี ปานกลาง ไม่ดี

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ หน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ที่ได้รับมอบหมาย

- อนุมัติให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
 - ไม่อนุมัติ เพราะ (ระบุเหตุผล).....
- ลายมือชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
- ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรอง

1. หนังสือรับรองจากชุมชนหรือผู้ที่นำเชื่อถือ (ประธานชุมชน/ข้าราชการ/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานชมรมคนพิการหรือชมรมผู้ปกครองที่สมาคมแห่งชาติตามประเภทความพิการรับรอง)

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าครอบครัวผู้ขอรับทุนประสบปัญหาความเดือดร้อน คือ.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่...../...../.....

2. หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบที่ผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

(ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว/ผอ.สถานศึกษา/ผอ.ศูนย์การศึกษาพิเศษ)

(ส่วนของเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

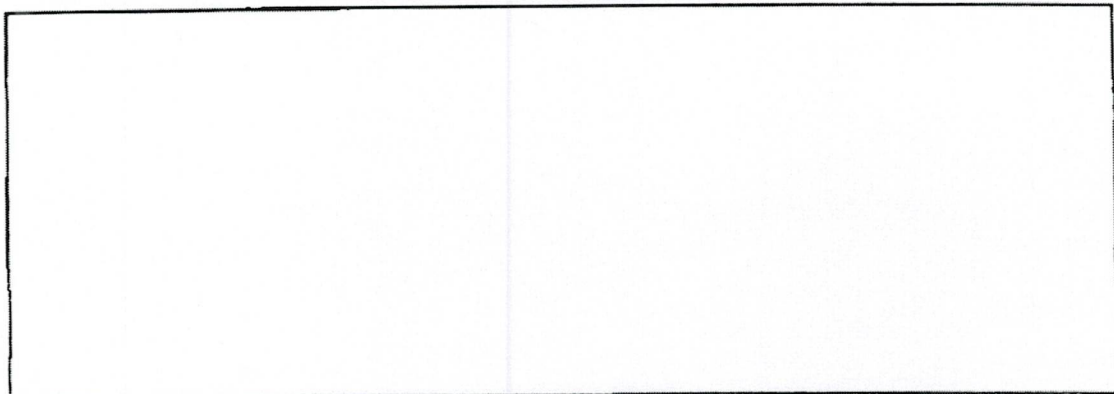
ยื่นเรื่องวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถานที่รับสมัคร.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....

โทรศัพท์.....

วาดแผนที่บ้านโดยช่างป



การดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

ขั้นตอนการดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลนำผู้เรียนที่พบความบกพร่องตรวจวัดพัฒนาการกับแพทย์ที่โรงพยาบาลลำพูน เพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง (เอกสารแนบท้าย รูปภาพที่ ๑)

๒. สถานที่ให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน อยู่ชั้นที่ ๑ ศูนย์ราชการ จังหวัดลำพูน ถนนซูเปอร์ไฮเวย์ เชียงใหม่-ลำปาง ตำบลศรีบัวบาน อำเภอเมืองลำพูน หรือโทรติดต่อ ๐๕๓-๕๑๑๑๘๘

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

๓.๑ เอกสารหลักฐานของคนพิการ

๓.๑.๑ สำเนาเอกสารประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง จำนวน ๑ ฉบับ ดังนี้ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาสูติบัตรสำหรับบุคคลอายุต่ำกว่าสิบห้าปี

๓.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีที่คนพิการมีทะเบียนบ้าน แต่ไม่มีบัตรประชาชน ต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๑ ก่อน

๓.๑.๓ รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

๓.๑.๔ เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งรับรองโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด

๓.๒ เอกสารหลักฐานของผู้ดูแลคนพิการ (เป็นผู้ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกันกับคนพิการ หรือเป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งคนพิการอาศัยอยู่ด้วยตามความเป็นจริง)

๓.๒.๑ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๓ กรณีคนพิการมีได้มาแจ้งหรือไม่สามารถแจ้งได้

๓.๓.๑ หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

- ผู้รับรอง : กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ) โดยผู้รับรองต้องอาศัยอยู่หรือปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เดียวกับที่คนพิการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

๓.๓.๒ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

* ข้าราชการบำนาญ ไม่สามารถรับรองหนังสือนี้ได้

* การรับรองจะสมบูรณ์ เมื่อพยานลงนามครบถ้วน

* การรับรองอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

๓.๔ บุคคลอื่นยื่นคำขอมีบัตรฯ แทนคนพิการ

๓.๔.๑ สำเนาบัตรประชาชนของบุคคลที่ดำเนินการแทน

๓.๔.๒ หนังสือมอบอำนาจ เป็นหลักฐานว่าได้รับมอบจากคนพิการ (พยานต้องลงนาม

ครบถ้วน)

กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือมีความพิการมากไม่สามารถดำเนินการเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแล ดำเนินการแทนได้

๔. ขั้นตอนการทำบัตร (บัตรประจำตัวคนพิการ มีอายุ ๘ ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร)

๔.๑ ยื่นคำร้อง โดยรับเอกสารแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการจากเจ้าที่รับคำขอ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดลำพูน นำมากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนพร้อมยื่นเอกสารหลักฐาน (เอกสารแนบท้าย รูปภาพที่ ๒)

๔.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน/ข้อเท็จจริง

๔.๓ ถ่ายรูป

๔.๔ ตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๕ มอบบัตรประจำตัวคนพิการให้คนพิการ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

สถานที่..... เลขที่.....
 จังหวัด..... เลขที่.....
 อำเภอ..... เลขที่.....
 ตำบล..... เลขที่.....
 หมู่บ้าน..... เลขที่.....

ประเภทความบกพร่อง	ประเภทความบกพร่อง	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. พงศกรเห็น	- การเห็นของสมาชิก - ส่วนสายตา			() ตาบอด () ตาเยืองขาว () ตาเข้	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ
๒. พงศกรได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง - การเข้าใจภาษาพูด - การไขว่คว้าภาษาพูด			() หูหนวก () หูตึง () เสียการทรงบาล	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ
๓. พงศกรเคลื่อนไหวหรือทรงตัว	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า - ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() การเคลื่อนไหว () ขาดระยะ () ยอมแรง ฯลฯ () อื่น ๆ ฯลฯ () ร่างกาย ฯลฯ	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ
๔. พงศกรใจหรือพฤติกรรม หรือ อารมณ์	- สภาพทางจิต หรือ กตัญญู - อารมณ์ที่ผิดปกติ			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ
๕. พงศกรปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ
๖. พงศกรเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่วัยเด็ก () ภายหลัง จำนวน ปี.....เดือน	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ฯลฯ () ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องของประสาทการเคลื่อนไหวและสติปัญญาของสมาชิก ประเมินและตัดสินความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน () มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () สงสัยเห็นว่าผู้ประเมินมีอคติประจำตัวคนพิจารณาตามกฎหมาย () สงสัยเห็นว่าผู้ประเมินขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย () สงสัยเห็นว่าผู้ประเมินขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย () สงสัยเห็นว่าผู้ประเมินขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย () สงสัยเห็นว่าผู้ประเมินขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย

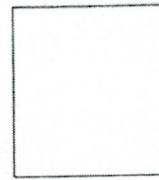
ลงชื่อ.....
 () ตำแหน่ง.....
 () ตำแหน่ง.....

รูปภาพที่ 1 เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

รูปภาพที่ 2 แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



หน่วยงานรับคำขอ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ขอมีบัตรครั้งแรก
- ขอมีบัตรใหม่เนื่องจาก
- บัตรเดิมหมดอายุ
 - ชำรุด
 - สูญหาย
 - มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
 - อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

๑.๑ คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๒ ชื่อ.....สกุล.....

๑.๓ เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๑.๕ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๖ สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย

๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

Email Address.....

๑.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....

หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

๑.๙ การศึกษา

- ไม่ได้เรียน จบการศึกษาชั้นสูงสุด
- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
- อาชีวศึกษา (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
- ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา..... อื่นๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ ยาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....

ประกอบอาชีพ

- เกษตรกรรม
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- ลูกจ้างเอกชน
- รับจ้างทั่วไป
- กู้รอกส่วนตัว
- อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

- ๓.๑๑ รายได้จากกาการประกอบอาชีพของคนพิการ.....บาท/เดือน
- ๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว).....บาท
- ๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)คน

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

- ๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ มี ไม่มี
- ๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
 - (๑) คำนำนานาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....
 - (๒) ชื่อ.....นามสกุล.....
 - (๓) เลขประจำตัวประชาชน
 - (๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ บิดามารดา บุตร สามเณรหรือภรรยา พี่น้อง
 ปู่ย่าตายาย หลานย่าตายาย บุคคลอื่นๆ (ระบุ).....
 - (๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....
 Email Address.....
 - (๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล.....บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ.....
(.....)

คนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

เลขประจำตัวประชาชน

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีครบถ้วน และเห็นควรให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
- ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาลังคม และความมั่นคงของมนุษย์
- ความเห็นอื่น ๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร