ด่วนที่สุด

ศธ ๐๗๐๕๒/๑๖๔๐

สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดนครสวรรค์
หน้าค่ายจิรประวัติ อำเภอเมือง นว.๖๐๐๐๐

๔ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ และเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นผู้พิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้อำเภอทุกแห่ง ในสังกัด และโรงเรียนผู้ใหญ่ยุวบัณฑิตวิทยา สถานศึกษาในกำกับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อ ฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบกรอกประวัติ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์ ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๖ และเสนอชื่อบุคคลพิการที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๖ พร้อมทั้งส่งเอกสารผลงานบุคคลพิการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ เพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง โดยส่งใบสมัครฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์ ภายในวันจันทร์ที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖ หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าว ถือว่าสละสิทธิ์

ในการนี้ สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดนครสวรรค์ จึงขอประชาสัมพันธ์การคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๖ และเสนอชื่อบุคคลพิการที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๖ ให้ทราบโดยทั่วกัน ทั้งนี้หากมีความประสงค์ที่จะเสนอชื่อบุคคลพิการตัวอย่าง ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ข้างต้น และส่งใบสมัครฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์ ภายในวันจันทร์ที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจำนงค์ กล่อมแก้ว)
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดนครสวรรค์
ปฏิบัติหน้าที่ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มภาคีเครืออ่ายและกิจการพิเศษ
โทร. ๐ ๕๖๒๕ ๕๔๓๗
โทรสาร ๐ ๕๖๒๕ ๕๑๙๖
E – mail: edu.nakorns.nfe@gmail.com

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2566
สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

* * * * * * * * * * * * *

1. การเสนอชื่อ

   1.1 เสนอโดยองค์กรคนพิการ / หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ / หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

   1.2 คนพิการเสนอชื่อตนเองได้โดยต้องมีองค์กรคนพิการ / หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ / หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ / ผู้ที่น่าเชื่อถือในชุมชน เป็นผู้รับรอง

2. **คุณสมบัติของคนพิการที่ได้รับการเสนอชื่อ**

   2.1 เป็นคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการเรียบร้อยแล้ว

   2.2 ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปี บริบูรณ์

   2.3 ต้องไม่เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ โดยยังมิได้ประกอบอาชีพใดๆ

   2.4 ต้องไม่เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของ**สภาสังคมสงเคราะห์ฯ** มาก่อน

   2.5 ต้องไม่เคยได้รับรางวัลคนพิการดีเด่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของ **มูลนิธิอนุสรณ์หม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร** มาก่อน

   2.6 เป็นคนพิการประเภทใดประเภทหนึ่งใน 7 ประเภทความพิการ ดังนี้

      2.6.1 พิการทางการเห็น

      2.6.2 พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

      2.6.3 พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

      2.6.4 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

      2.6.5 พิการทางสติปัญญา

      2.6.6 พิการทางการเรียนรู้

      2.6.7 พิการทางออทิสติก

      หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ **ความพิการที่มีสาเหตุจากการป่วยเป็นโรคโปลิโอ ให้ถือเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง**

3. **หลักฐานประกอบการเสนอชื่อ**

   3.1 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมเซ็นรับรองสำเนา จำนวน 14 ใบ

   3.2 ภาพถ่ายหน้าตรง จำนวน 2 ภาพ พร้อมถ่ายสำเนา จำนวน 14 ภาพ

   หมายเหตุ : สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ต้องเป็นภาพที่เห็นความพิการอย่างชัดเจน

4. **การกรอกแบบประวัติคนพิการ**

   4.1 ให้กรอกแบบประวัติคนพิการ **โดยการพิมพ์**

   4.2 การกรอกรายละเอียด **เรื่องความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ในหน้า 2 ข้อ 11 สามารถพิมพ์เป็นเอกสารแนบเพิ่มเติมได้ แต่ต้องมีความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4**

4.3 ให้จัดส่งต้นฉบับพร้อมถ่ายสำเนาแบบกรอกประวัติ ประกอบการพิจารณา จำนวน 14 ชุด

4.4 คนพิการที่เคยได้รับเสนอชื่อแล้ว แต่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง สามารถส่งเข้ารับการคัดเลือกใหม่ได้

4.5 แต่ละหน่วยงานสามารถส่งคนพิการเข้ารับการคัดเลือกได้ทุกประเภทความพิการ

4.6 คณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง มีสิทธิเปลี่ยนการระบุประเภทความพิการได้ตามความถูกต้อง **เช่น ความพิการจากโรคโปลิโอ ถือเป็นความพิการภายหลัง มิใช่ความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น**

4.7 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมหรือดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.ncswt.or.th

4.8 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นายณัฐพล แสนสาคร สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ สภาสังคมสงเคราะห์ฯ **โทรศัพท์** 0-2241-2841, 0-2241-5125

E-mail : infogit@ncswt.or.th

* * * * * * * * * * * * * *

หมายเหตุ

รายละเอียดความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

1. **ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม หมายถึง** การปรับสภาพความพิการในลักษณะต่าง ๆ จนสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างอิสระได้เช่นเดียวกับพลเมืองดีของสังคม ตามสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. **ความพยายามในการศึกษาหาความรู้และการพัฒนาตนเอง หมายถึง** การศึกษาในระบบโรงเรียนหรือนอกระบบโรงเรียน หรือการเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และความชำนาญจนสามารถนำความรู้มาประกอบอาชีพ การพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต มีความอดทนต่อสู้และยืนหยัดอยู่ในสังคมได้
3. **ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ หมายถึง** การนำความรู้ ประสบการณ์หรือความชำนาญไปประกอบอาชีพสุจริต ให้มีรายได้ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้นหรือมีรายได้ดี จนสามารถสร้างหลักฐานความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัว
4. **คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม หมายถึง** การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง เป็นผู้มีความประพฤติดี เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ทำคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนด้วยกำลังกาย กำลังใจหรือกำลังทรัพย์ ตามสภาพความเป็นอยู่ของตน และตามสภาพความพิการของตนเอง เป็นที่ชื่นชมยอมรับของสังคม

* * * * * * * * * * * * * * * * *

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

☐ **พิการทางการเห็น**
- ○ ตาเห็นเลือนราง ○ ตาบอดสนิท

โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย**
- ○ หูตึง ○ หูหนวก
- ○ มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย

โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย**
โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม**
โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **พิการทางสติปัญญา**
โปรดระบุระดับสติปัญญา
.....
.....

☐ **พิการทางเรียนรู้**
โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **พิการทางออทิสติก**
โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
.....

☐ **มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย**
- ○ มี โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ

.....
.....

โปรดพลิก

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

.....

.....

.....

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้นำภาพถ่าย วีดิโอ เนื้อหา ข้อมูลต่าง ๆ ของข้าพเจ้า เผยแพร่ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม บนเว็บไซต์ บนอินเตอร์เน็ตหรือกระดานข่าวอื่น ๆ และรวมถึงในที่สาธารณะชนต่าง ๆ

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้เสนอ

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

.....

โทรศัพท์.....

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 **ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดมุมด้านล่างขวา**

โครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับ