

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ

๑. การเสนอชื่อ

- ๑.๑ เสนอโดยองค์กรคนพิการ/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ/หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
- ๑.๒ คนพิการเสนอชื่อตนเองโดยมีองค์กรคนพิการ/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านคนพิการ/หน่วยงานทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ/ผู้นำเชื่อถือในชุมชนเป็นผู้รับรอง

๒. คุณสมบัติของคนพิการที่จะเสนอชื่อ

- ๒.๑ เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๒.๒ มีอายุ ๑๘ ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป
- ๒.๓ เป็นคนพิการประเภทใดประเภทหนึ่งใน ๗ ประเภทความพิการดังนี้

- ๒.๓.๑ พิการทางการเห็น
- ๒.๓.๒ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- ๒.๓.๓ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ๒.๓.๔ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ๒.๓.๕ พิการทางสติปัญญา
- ๒.๓.๖ พิการทางการเรียนรู้
- ๒.๓.๗ พิการออทิสติก

- หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้ถือความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ

ความพิการที่มีสาเหตุจากการป่วยเป็นโรคโปลิโอ ให้ถือเป็นความพิการที่เกิดขึ้นภายหลัง

๓. หลักฐานประกอบการเสนอชื่อ

- ๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ๓.๒ ภาพถ่ายหน้าตรง จำนวน ๒ ภาพ

(สำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ต้องเป็นภาพที่เห็นความพิการอย่างชัดเจน)

๔. การกรอกเอกสารแบบประวัติคนพิการที่จะเสนอชื่อ

- ๔.๑ โปรตรอกแบบประวัติคนพิการ โดยใช้ตัวพิมพ์ โดยขอให้จัดส่งต้นฉบับพร้อมถ่ายสำเนา จำนวน ๑ ชุด

- ๔.๒ การกรอกรายละเอียดเรียงความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการต้นแบบ ในหน้า ๒ ข้อ ๑๑ สามารถพิมพ์เป็นเอกสารแนบเพิ่มเติมได้ แต่ต้องมีความยาวไม่เกิน ๑๐ หน้า กระดาษ A๔

- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม หมายถึง การปรับสภาพความพิการในลักษณะต่าง ๆ จนสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิต เช่นคนปกติ ตามสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

- ความพยายามในการศึกษาหาความรู้และการพัฒนาตนเอง หมายถึง การศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนหรือนอกระบบโรงเรียน หรือการเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และความชำนาญ จนสามารถที่จะนำความรู้มาพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต มีความอดทนต่อสู้ และยืนหยัดอยู่ในสังคมได้

- ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ หมายถึง การนำความรู้ ประสบการณ์ หรือความชำนาญไปประกอบอาชีพสุจริต ให้มีรายได้ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้น หรือมีรายได้มากขึ้น จนสามารถสร้างหลักฐานความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัว

- คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม หมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง เป็นผู้มีคุณประพฤติดี เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ทำคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนด้วยกำลังกาย กำลังใจหรือกำลังทรัพย์ ตามสภาพความเป็นอยู่ของตน และตามสภาพความพิการของตนเอง เป็นที่ชื่นชมของสังคมหรือนำชื่อเสียงมาสู่ชุมชนและประเทศชาติ

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ ประจำปี ๒๕๖๖



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี
☐ เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ.
☐ ไม่เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการตัวอย่าง
☐ เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณของหน่วยงาน..... ในปี พ.ศ.
๒. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....

๓. ประเภทความพิการ

- | | |
|---|--|
| ☐ พิการทางการเห็น
○ ตาเห็นเลือนราง
○ ตาบอดสนิท
○ | ☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
○ โป้ดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
..... |
| ☐ พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย
○ หูตึง
○ หูหนวก
○ มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย
โป้ดระบุ | ☐ พิการทางสติปัญญา
○ โป้ดระบุระดับสติปัญญา..... |
| ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
○ โป้ดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
..... | ☐ พิการทางการเรียนรู้
○ โป้ดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
..... |
| ☐ มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ รวมด้วย
○ มี โป้ดระบุ..... ○ ไม่มี | |

๔. ประวัติความพิการ

- ☐ พิการแต่กำเนิด ☐ พิการภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

๕. สถานภาพสมรส

- ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ☐ หม้าย

๖. จบการศึกษา.....

๗. จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

๑. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
 ๒ ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....
 ๓. ชื่อ.....อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....อาชีพ.....

๘. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด

.....
.....
.....

สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

๙. เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณในเรื่องใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด เอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาประกอบ
การพิจารณา (ถ้ามี).....
.....

๑๐. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๑๑. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการต้นแบบ

๑๑.๑ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

.....
.....

๑๑.๒ ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

.....
.....

๑๑.๓ ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

.....
.....

๑๑.๔ คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้เสนอ

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกบุคคลดีเด่นที่ให้การสนับสนุนคนพิการ
ประจำปี ๒๕๖๖**

๑. ผลงานที่จะนำมาต้องเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖
๒. ผลงานต้องเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนพิการ
๓. ผลงานต้องเป็นที่ประจักษ์และยอมรับต่อสังคม
๔. ผลงานต้องมีความต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ ปี
๕. เป็นผู้มีความดีคุณธรรมและมีมนุษยสัมพันธ์
๖. ต้องมิใช่บุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง

**แบบเสนอข้อมูลของผู้เข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลดีเด่น
ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๖**

๑. ประวัติส่วนตัว

๑.๑ ชื่อ

นาย/นาง/นางสาว นามสกุล
วัน/ เดือน/ ปีเกิด อายุ ปี

๑.๒ ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด
โทรศัพท์ โทรสาร

๑.๓ คุณวุฒิการศึกษา

☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

๑.๔ อาชีพปัจจุบัน

☐ รับราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง
☐ ประกอบอาชีพอิสระ (โปรดระบุ)
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

สถานที่ทำงาน

๑.๕ สถานภาพทางครอบครัว

☐ โสด ☐ สมรส
☐ คู่สมรสแยกกันอยู่/หย่าร้าง ☐ คู่สมรสถึงแก่กรรม

ชื่อคู่สมรส นาย/นาง

อาชีพปัจจุบัน ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

๑.๖ ชื่อบุคคลที่ให้การรับรองหรือสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ จำนวน ๒ ท่าน

๑) นาย/นาง/นางสาว นามสกุล โทรศัพท์

ตำแหน่ง

สถานที่ติดต่อ

ความสัมพันธ์

๒) นาย/นาง/นางสาว นามสกุล โทรศัพท์

ตำแหน่ง

สถานที่ติดต่อ

ความสัมพันธ์ (ระบุ)

๒. ผลงานการดำเนินงานด้านคนพิการ

๒.๑ ผลงานที่จะนำมาต้องเป็นการพัฒนาศักยภาพของคนพิการเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละประเภทความพิการ อาทิ การจัดทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน การจัดสวัสดิการให้คนพิการ การส่งเสริมอาชีพคนพิการ การส่งเสริมให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ การส่งเสริมให้คนพิการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสร้างปรับปรุง หรือสนับสนุนสภาพแวดล้อมให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐ ภาครัฐ

☐ ภาคเอกชน

☐ ชุมชน

☐ บุคคล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๒.๒ ผลงานต้องเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนพิการ เช่น สิทธิที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ สังคม และอื่น ๆ อาทิ การชี้แจง แนะนำบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ช่วยของคนพิการให้เข้าใจเรื่องสิทธิคนพิการ สร้าง ปรับปรุง หรือจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การนำพาคนพิการไปจดทะเบียนคนพิการ การจัดบริการสวัสดิการให้กับคนพิการทั้งทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ อาทิ การสร้างโครงการให้คนพิการมีงานทำ การจัดหาพื้นที่ให้คนพิการประกอบอาชีพ การจัดช่องทางพิเศษให้กับคนพิการภายในโรงพยาบาล การส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับความพิการ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐ ภาครัฐ
☐ บุคคล

☐ ภาคเอกชน
☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ชุมชน

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๓. ผลงานด้านอื่นที่เป็นการประจักษ์และสังคมยอมรับ

อาทิ ผลงานที่เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณ ผลงานเป็นที่ยอมรับและนำมาทำเป็นโครงการต่อเนื่อง ผลงานก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ผลงานเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนหรือสังคม เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

เริ่มต้นการ ดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๒. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริง และสามารถตรวจสอบได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(.....)
วันที่.....

ข้อแนะนำในการกรอกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกองค์กรที่ให้การสนับสนุน
การดำเนินงานด้านคนพิการดีเด่น

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอสามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้
๓. คำนิยาม “องค์กร” หมายความว่า องค์กรภาคเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน กลุ่ม ชมรม สถาบันทางศาสนา ซึ่งมีได้มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับคนพิการโดยตรง
๔. ผู้เสนอ หมายความว่า องค์กรที่ขอรับการคัดเลือกเอง หรือ องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

หมายเหตุ

๑. การกรอกข้อมูลในข้อ ๓ เรื่องผลงานที่สนับสนุนคนพิการ (เกณฑ์การคัดเลือกองค์กรดีเด่นที่ให้การสนับสนุนคนพิการ) หมายถึง การช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนในด้าน บริการ / อาสาสมัคร / กิจกรรม ด้านการให้ความรู้ / เป็นที่ปรึกษา / วิชาการ /ด้านบริจาคในรูปของเงิน / ทรัพย์สินและการสนับสนุนด้านอื่นๆ ทั้งนี้ โปรดระบุว่าเริ่มดำเนินการเมื่อไร เรื่องอะไร และกำหนดหน่วยงานใด หรือ กลุ่มบุคคลใด
๒. ควรแนบเอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาเพื่อประกอบการพิจารณา เช่น แผ่นพับขององค์กร ใบเสร็จรับเงิน หนังสือตอบรับ / ขอบคุนการสนับสนุน และภาพถ่ายกิจกรรม

.....

**แบบเสนอข้อมูลขององค์กรเพื่อการคัดเลือก
เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านคนพิการดีเด่น**

๑. ข้อมูลเบื้องต้น

๑. ชื่อองค์กร.....

๒. ชื่อหัวหน้าองค์กร

๓. ที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๔. วัตถุประสงค์ขององค์กร

.....

.....

.....

.....

๕. วัน / เดือน / ปี ที่ก่อตั้ง...../...../.....

๖. ลักษณะขององค์กร

☐ องค์กรภาคเอกชน

☐ องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร

☐ องค์กรธุรกิจเอกชน

☐ กลุ่มบุคคล/ชมรม

☐ สถาบันทางศาสนา

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๗. เป็นองค์กรที่ได้รับการประกาศเกียรติคุณด้านการสนับสนุนคนพิการ

☐ ไม่เคยได้รับ

☐ เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณ เมื่อปี.....

๒. ผลงานที่สนับสนุนคนพิการ

๑. การจัด หรือ สนับสนุนด้านการบริการ / อาสาสมัคร / กิจกรรม

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	หน่วยงานที่สนับสนุน

๒. การจัด หรือ สนับสนุนด้านให้ความรู้ / วิชาการ / เป็นที่ปรึกษา

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	หน่วยงานที่สนับสนุน

๓. การสนับสนุนด้านการบริจาคเงิน / ทรัพย์สิน / กิจกรรมที่มีมูลค่า

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	หน่วยงานที่สนับสนุน

๔. การสนับสนุนด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน / องค์กร

สถานที่ติดต่อ.....
.....

วันที่...../...../.....

**หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่นด้านการจัดสวัสดิการ
สำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๖**

- ๑. เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด / เทศบาลนคร / เทศบาลเมือง / เทศบาลตำบล / องค์การบริหารส่วนตำบล**
- ๒. ระยะเวลาในการดำเนินงานการจัดสวัสดิการด้านคนพิการอย่างน้อย ๑ ปี**
- ๓. ให้การสนับสนุนในกิจกรรมที่มีความหลากหลายตามประเภทความพิการ**

**ข้อเสนอแนะในการกรอกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น
ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๖**

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอ
สามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสาร
ที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้

หมายเหตุ

๑. การกรอกข้อมูลในข้อ ๒ เรื่องผลงานด้านการจัดสวัสดิการคนพิการ แบ่งเป็น ๔ ด้าน ดังนี้
 - ๑.๑ บริการด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง การจัดฝึกอบรมให้ความรู้ / การออกหน่วยเคลื่อนที่ / จัดให้มี
หน่วยเคลื่อนที่สำหรับบริการพยาบาลแบบฉุกเฉินและอื่นๆ
 - ๑.๒ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรคนพิการ หมายถึง ส่งเสริมให้มีการ
ร่วมตัวเป็นชมรมคนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย / จัดให้มีการจัดกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคม
การนันทนาการ และอื่นๆ
 - ๑.๓ ส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของคนพิการ หมายถึง จัดฝึกอบรมวิชาชีพให้ความรู้ในอาชีพต่างๆ
ประสานกับสถานประกอบการเพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าทำงานและอื่นๆ
 - ๑.๔ การบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ /
การประชาสัมพันธ์ให้คนพิการได้รับทราบถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงบริการของรัฐ / จัดให้มี
อาสาสมัครดูแลคนพิการ / เปิดโอกาสให้คนพิการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและอื่นๆ
๒. ให้แนบเอกสารมาเพื่อประกอบการพิจารณา เช่น แผ่นพับการจัดกิจกรรม ภาพถ่ายกิจกรรม
๓. ให้แนบผลงานช่วงของปีงบประมาณ ๒๕๖๕

.....

แบบเสนอข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการคัดเลือกเป็น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น

ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๖

๑. ข้อมูลเบื้องต้น

๑.๒ ชื่อองค์กร.....

๑.๒ ชื่อผู้บริหารองค์กร

๑.๓ ที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๑.๔ วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสำหรับคนพิการ

.....
.....
.....
.....

๑.๕ วิสัยทัศน์ขององค์กร

.....
.....
.....
.....

๑.๖ แนวคิดหรือหลักการทำงานด้านคนพิการ

.....
.....
.....
.....

๑.๗ เริ่มจัดกิจกรรมด้านคนพิการตั้งแต่ปี..... (นอกเหนือจากการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ)

๑.๘ เริ่มมีข้อบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการคนพิการ ตั้งแต่ปี

๑.๙ ลักษณะขององค์กร

๑.๙.๑ ☐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๑.๙.๒ ☐ เทศบาลนคร ☐ เทศบาลเมือง ☐ เทศบาลตำบล

๑.๙.๓ ☐ องค์การบริหารส่วนตำบล

๑.๑๐ เป็นองค์กรที่ได้รับการประกาศเกียรติคุณด้านต่างๆ

☐ เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณ ด้าน.....

เมื่อปี.....จากหน่วยงาน.....

☐ ไม่เคยได้รับ

๑.๑๑ มีคนพิการในพื้นที่ อบต. เทศบาล จำนวน.....คน

ประเภทความพิการ - พิกการทางการมองเห็น คน
- พิกการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย คน
- พิกการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย คน
- พิกการทางจิตใจหรือพฤติกรรม คน
- พิกการทางสติปัญญา คน
- พิกการทางการเรียนรู้ คน
- พิกการทางออทิสติกคน
- พิกการซ้ำซ้อน คน

จดทะเบียนคนพิการแล้ว จำนวน.....คน

ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ จำนวน.....คน

ได้รับเบี้ยความคนพิการ จำนวน.....คน

๒. ผลงานด้านการจัดสวัสดิการคนพิการ

โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ได้แก่ ชื่อกิจกรรม จำนวนครั้งที่จัดกิจกรรม งบประมาณที่ใช้ดำเนินการ (เป็นงบประมาณจาก อบต. หรือ แหล่งทุนอื่น) จำนวนคนพิการ และประเภทความพิการที่ได้รับประโยชน์ ตามแนวทางการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ทั้ง ๔ ด้าน ดังนี้

๒.๑ ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย

๑) จัดฝึกอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่คนพิการ หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการให้แก่ผู้ดูแล และครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชน คิดเป็นร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย

๒) มีการจัดการฝึกอบรมให้ความรู้ในด้านใด จำนวนกี่ครั้ง/ปี

กิจกรรม	ปี ๒๕๖๔ (ครั้ง)
๒.๑ ด้านดูแลรักษาสุขภาพอนามัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ	
๒.๒ ด้านองค์ความรู้และเจตคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินดำกิจกรรมของคนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย	
๒.๓ ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุ	

๓) การจัดโครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อบริการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นแก่คนพิการ จำนวน.....ครั้ง/ปี

๔) การจัดหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉินแก่คนพิการ

๔.๑) ในกรณีฉุกเฉินมีการกำหนดให้มีการแจ้งเรียกหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง จากหมายเลขโทรศัพท์ที่กำหนด หรือจากการประสานงานจากหน่วยงาน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยวิธีดังต่อไปนี้

(๑) จัดให้มีรถพยาบาลพร้อมแพทย์ พยาบาลที่สามารถเข้าไปรักษาพยาบาลได้เลย

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

(๒) จัดให้มียานพาหนะและอุปกรณ์รักษาพยาบาลเบื้องต้นรับผู้ป่วยฉุกเฉินไปส่งต่อให้กับโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๔.๒) ในกรณีปกติจัดให้มีพาหนะประสานส่งต่อคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๒.๒ การส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

๑) มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นชมรม/องค์กรคนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย

☐ สมาคม/ชมรมคนพิการทุกประเภทระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ ชมรม/องค์กรคนพิการในชุมชนในหมู่บ้าน

☐ หน่วยงาน องค์กร หรือคณะกรรมการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
โปรดระบุ.....

๒) มีการจัด และ/หรือ ส่งเสริมให้สมาคม/ชมรม/องค์กรคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ/ภาคีเครือข่าย
จัดกิจกรรมเพื่อคนพิการในด้านใด

☐ ด้านสวัสดิการสังคม โปรดระบุ.....

☐ การนันทนาการและอื่นๆ โปรดระบุ.....

☐ การทัศนศึกษา

☐ กิจกรรมการออกกำลังกาย

☐ กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ.....

๒.๓ การส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

๒) มีการจัดให้คนพิการ และผู้ดูแลเข้าร่วมฝึกอาชีพและอบรมให้ความรู้ในอาชีพต่าง ๆ คิดเป็น

ร้อยละของคนพิการในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

☐ ฝึกอาชีพกับกลุ่มอาชีพที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น

☐ ให้ความรู้ในการประกอบอาชีพด้านฝีมือแรงงาน เช่น การวาดแผนโบราณ การประดิษฐ์ดอกไม้ ฯลฯ

☐ ให้ความรู้ในการประกอบอาชีพอิสระ เช่น การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา เย็บผ้า ฯลฯ

☐ แนะนำแหล่งเงินทุนสำหรับประกอบอาชีพให้แก่คนพิการ

☐ กิจกรรมอื่นๆ โปรดระบุ.....

๒) มีการเปิดโอกาสให้คนพิการเข้าทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ/หรือ ประสานกับ
สถานประกอบการ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการที่มีความพร้อมและมีศักยภาพเข้าทำงาน

๑) ☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๒) ถ้ามี คิดเป็นจำนวนร้อยละของจำนวนคนพิการที่แจ้งความประสงค์จะขอทำงาน

๒.๔ การบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๑) การจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ

๑.๑ มีการจัดทำฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่และสำรวจความต้องการความช่วยเหลือจาก
ภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ มีการดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ

๑.๒ คนพิการที่จดทะเบียนแล้วร้อยละ ของจำนวนคนพิการในพื้นที่

๑.๓ มีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการร้อยละ..... ของคนพิการในองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ

๑.๔ จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่คนพิการให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ โดยให้เป็นไปตาม
กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและ
คนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘ เช่น

☐ ห้องน้ำสำหรับคนพิการในอาคารสำนักงาน ตลาดสด หรือสถานที่สาธารณะขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ ทางเดินลาดพร้อมราวจับสำหรับคนพิการ ในอาคาร สถานที่ขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ตลาดสด หรือสถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยและ
อำนวยความสะดวกแก่คนพิการ

๒) ในด้านข้อมูลข่าวสาร ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้คนพิการได้รับทราบ
ถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อมูลข่าวสาร ดังนี้
(สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

☐ การจดทะเบียนคนพิการ เพื่อให้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการ
ช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เป็นต้น โดยใช้สื่อที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เช่น
หอกระจายข่าว แผ่นพับ หรือโปสเตอร์ขนาดใหญ่

☐ สิทธิในการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

☐ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมตามกฎหมาย

☐ สิทธิในการได้รับบริการการศึกษา

☐ สิทธิในการเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่นตามกฎหมาย

๓) การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลคนพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

☐ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีอาสาสมัครดูแลคนพิการในทุกชุมชน/หมู่บ้าน

☐ จัดอบรมเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครดูแลคนพิการเพื่อส่งเสริมให้มีอาสาสมัครที่มีคุณภาพและ
มีประสิทธิภาพ

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดระบบสนับสนุน
การปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลคนพิการโดยการให้ความช่วยเหลือ หรือเป็นที่ปรึกษา หรือ
ให้คำแนะนำการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลคนพิการให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครดูแลคนพิการ
ตามความจำเป็นเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานะทางการเงินการคลังของท้องถิ่นทอง

๔) งบประมาณที่ใช้เพื่อการจ่ายเงินเบี้ยความพิการเป็นวงเงินทั้งสิ้นรวม.....บาท

โดยใช้เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้บาท และมีเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สมทบเพิ่มเติมอีกบาท

๕) เปิดโอกาสให้คนพิการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และของชมรม/องค์กร ดังนี้ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

- ☐ ในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ให้มีการเชิญผู้แทนชมรม/องค์กรคนพิการ เข้าร่วมเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณานำข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะของคนพิการบรรจุ ไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น
- ☐ ส่งเสริมให้คนพิการ หรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัด แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ในด้านที่เป็นประโยชน์โดยรวมต่อชมรม/องค์กร หรือต่อคน พิการและผู้ดูแล
- ☐ ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุ.....

๒.๕ การส่งเสริมด้านการศึกษาคะพิการ (สามารถขีด ✓ ใน ☐ ได้มากกว่า ๑ ข้อ ตามที่ได้ดำเนินการ)

- ☐ การให้ทุนการศึกษา จำนวน คน เป็นเงิน บาท
- ☐ ประสานส่งต่อเด็กพิการเข้าเรียนในสถานศึกษาอื่น จำนวน คน เป็นเงิน.....บาท
- ☐ ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ระบุ

ที่	กิจกรรม	วัน เดือน ปี ที่จัด กิจกรรม	งบประมาณ	จำนวน/ประเภท คนพิการที่ได้รับ ประโยชน์	หมายเหตุ

ขอรับรองว่าข้อมูลในแบบเสนอข้อมูล และเอกสารหลักฐานประกอบเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้จัดทำข้อมูล
()

ลงชื่อผู้เสนอข้อมูล
()

นายก.....

ลงชื่อผู้รับรองความถูกต้องข้อมูล
()

ปลัด.....

**ข้อเสนอแนะในการออกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ**

๑. โปรดกรอกข้อมูลให้ชัดเจน ตรงประเด็น และใช้ตัวพิมพ์ ถ้าช่องว่างสำหรับกรอกข้อความไม่พอสามารถใช้แผ่นต่อไปได้
๒. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ และเติมข้อความในช่องว่าง พร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้ (ถ้ามี)
๓. ข้อมูลที่ได้นี้ถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยต่อบุคคลทั่วไป เว้นแต่ได้รับคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล
๔. ผู้เสนอ หมายความว่า สถานประกอบการที่ขอเข้ารับการคัดเลือก หรือ หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ
๕. สถานประกอบการที่ได้รับการเสนอชื่อ ต้องเป็นสถานประกอบการที่รับคนพิการเข้าทำงานแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี

หมายเหตุ

๑. สถานประกอบการ หมายถึง หน่วยงานของรัฐและเอกชนซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งร้อยคนขึ้นไป รับคนพิการที่สามารถทำงานได้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดในอัตราส่วนลูกจ้างที่มีใช้คนพิการทุกหนึ่งร้อยคน ต่อคนพิการหนึ่งคนเศษของหนึ่งร้อยคนถ้าเกินห้าสิบคนต้องรับคนพิการเพิ่มอีกหนึ่งคน
๒. ควรแนบเอกสารประกอบการพิจารณา ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สัญญาจ้างซึ่งมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี สำเนา สปส.๑ - ๑๐ ส่วนที่ ๒ ระบุชื่อคนพิการ สำเนาแบบรายงานผลการปฏิบัติตามกฎหมายในการจ้างงานคนพิการ ใบจดทะเบียนสถานประกอบการ รายงานกิจกรรมระเบียบการให้สวัสดิการแก่คนพิการ ภาพถ่ายกิจกรรมต่าง ๆ ของสถานประกอบการ เป็นต้น

.....

**แบบเสนอข้อมูลของสถานประกอบการที่เข้ารับการคัดเลือก
เป็นสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ**

๑. ชื่อสถานประกอบการ
๒. ชื่อเจ้าของสถานประกอบการ.....
๓. ประเภทสถานประกอบการ.....
๔. ที่ตั้งสถานประกอบการ เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก / ซอย.....
ถนน ตำบล / แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
๕. วัน เดือน ปี ที่ก่อตั้งสถานประกอบการ/...../.....
๖. จำนวนลูกจ้างทั้งหมด..... คน ชาย.....คน หญิงคน
๗. เริ่มรับคนพิการเข้าทำงาน ตั้งแต่ปี.....
๘. จำนวนคนพิการที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันคน (ร้อยละ.....ของพนักงานทั้งหมด)
๘.๑ จัดทะเบียนคนพิการแล้ว จำนวน.....คน ชายคน หญิงคน
๘.๒ ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ จำนวนคน ชาย คน หญิง คน
๘.๓ ตำแหน่งงานที่คนพิการทำ

ที่	ตำแหน่งงาน	ลักษณะ ความพิการ	จำนวน (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	กายอุปกรณ์/เครื่องช่วย ความพิการที่พนักงานพิการ ใช้อยู่
๑.						
๒.						
๓.						
๔.						
๕.						
๖.						
๗.						
๘.						
๙.						
๑๐.						

๘.๔ ลักษณะงานพิเศษ

☐

ไม่มี

☐

มี เช่น ระบุการจัดแบ่งงานให้คนพิการทำที่บ้าน / การจ้างเหมางานภายนอก

จำนวน คน ชาย คน หญิง คน

/ ๘.๕ วัตถุประสงค์...

๘.๕ วัตถุประสงค์ของการจัดแบ่งงานให้คนพิการไปทำที่บ้าน

.....

.....

.....

.....

๙. นโยบายการจ้างงานคนพิการของสถานประกอบการ

.....

.....

.....

.....

๑๐. อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สถานประกอบการจัดให้คนพิการ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ อุปกรณ์การทำงาน ซึ่งจัดหรือปรับให้คนพิการ
- ☐ ทางลาดถาวร
- ☐ ห้องน้ำซึ่งมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวนห้อง
- ☐ ลิฟต์ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวนตัว
- ☐ ที่จอดรถที่จัดไว้สำหรับคนพิการ จำนวนช่อง
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑๑. โปรดระบุลักษณะการจัดสวัสดิการเป็นพิเศษสำหรับพนักงานพิการ เช่น การจัดที่พักให้คนพิการ
จัดเวลาพักกลางวันโดยให้รับประทานอาหารกลางวันก่อน ฯลฯ

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	ลักษณะสวัสดิการ	ผลที่พนักงานพิการได้รับ

๑๒ โปรแกรมกิจกรรมที่ส่งเสริมและพัฒนาพนักงานพิการ เช่น การอบรมเพิ่มทักษะ

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม	จำนวน คนพิการ	วัตถุประสงค์

๑๓ โปรแกรมลักษณะปัญหาการทำงานของคนพิการและวิธีการแก้ปัญหา หรือ การช่วยเหลือของสถานประกอบการ

ครั้งที่	ลักษณะปัญหาของคนพิการ	วิธีการแก้ไขปัญหา/การช่วยเหลือ

๑๔. โปรดระบุลักษณะการจัดอาชีวะอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการ ซึ่งดำเนินการเป็นพิเศษสำหรับคนพิการ เช่น ปรับสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ ติดสัญญาณไฟสำหรับคนหูหนวก

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	ลักษณะการดำเนินงาน	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายจ้าง หรือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน กรณีสถานประกอบการเป็นนิติบุคคล

ตำแหน่ง.....และประทับตรานิติบุคคล

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

ตำแหน่ง

หน่วยงาน / องค์กร.....

สถานที่ติดต่อ.....

.....

โทรศัพท์.....

วันที่...../...../.....