

วคป.ปท.ค.ค.ค.ค.
29 ต.ค. 2567
44 ม.ค. 2567

กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ
เลขรับ 1214
วันที่ 29 ต.ค. 2567
เวลา 11.33 น.



○ สบ. ○ กสค.
○ กษ. ○ กจ.
○ กค. ○ สบ.ท.
○ กข. ○ สบ.
○ กสค.
○ กค.

เทศบาลเมืองบางศรีเมือง
เลขรับ 4754
วันที่ 24 ต.ค. 2567
เวลา 14.09 น.

ที่ นบ ๐๐๐๕/ว ๑๙๕๕๑

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๐๐๐

พ ตุลาคม ๒๕๖๗

กองสวัสดิการสังคม

รับ 1037
เลขที่ 24 ต.ค. 2
เวลา 14.41 น.

เรื่อง การคัดเลือกสรรหา คนพิการต้นแบบ บุคคล องค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ และสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ

เรียน หัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัด หัวหน้าหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสถานศึกษา นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สถานประกอบการ และองค์กรคนพิการในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. หลักเกณฑ์และแบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลของบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลองค์กรเพื่อคัดเลือกเป็นองค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อคัดเลือกเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่นด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
 ๕. หลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูลของสถานประกอบการเพื่อคัดเลือกเป็นสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ วันที่ ๓ ธันวาคมของทุกปี เป็นวันคนพิการสากล และเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกร่วมกันจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับคนพิการ และให้โอกาสคนพิการได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของสังคมอย่างสร้างสรรค์ เป็นธรรมและเสมอภาคกับคนทั่วไป จังหวัดนนทบุรีได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเนื่องในโอกาสวันคนพิการสากลเป็นประจำทุกปี เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคนพิการ ครอบครัวคนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และเครือข่ายด้านคนพิการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีกิจกรรมการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้กับคนพิการต้นแบบ บุคคล องค์กรดีเด่น ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ และสถานประกอบการดีเด่นด้านการจ้างงานคนพิการ ในระดับจังหวัด เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจให้กับคนพิการ บุคคล องค์กร สถานประกอบการ ในการสนับสนุนงานด้านคนพิการและเป็นแบบอย่างทางสังคม

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และเสนอชื่อคนพิการ บุคคล องค์กร สถานประกอบการ ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ ตามหลักเกณฑ์และแบบเสนอข้อมูล รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๕ ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวมข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดนนทบุรี พิจารณาคัดเลือกเพื่อรับโล่ประกาศเกียรติคุณในงานวันคนพิการสากลจังหวัดนนทบุรี ประจำปี ๒๕๖๗ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘) ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุภาวัฒน์ นนุพริก)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

ผู้ประสานงาน : นางสาวจิตติมา อุ่มบางตลาด

โทรศัพท์. ๐๒ ๕๘๐ ๕๒๑๑ - ๓

e-mail: dsc.nonthaburi@gmail.com

“จังหวัดนนทบุรี เป็นเมืองน่าอยู่ (Livable City)”

หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ

๑. การเสนอชื่อ

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

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 โปรดกรอกแบบประวัติคนพิการ โดยใช้ตัวพิมพ์ โดยขอให้จัดส่งต้นฉบับพร้อมถ่ายสำเนา
จำนวน ๑ ชุด

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

- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม หมายถึง การปรับสภาพความพิการในลักษณะต่าง ๆ จนสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และดำรงชีวิต เช่น คนปกติ ตามสภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมของตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

- ความพยายามในการศึกษาหาความรู้และการพัฒนาตนเอง หมายถึง การศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนหรือนอกระบบโรงเรียน หรือการเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และความชำนาญ จนสามารถที่จะนำความรู้มาพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต มีความอดทนต่อสภาวะที่ยากลำบากในสังคมได้

- ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ หมายถึง การนำความรู้ ประสบการณ์ หรือความชำนาญไปประกอบอาชีพสุจริต ให้มีรายได้ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตให้ดีขึ้น หรือมีรายได้มากขึ้นจนสามารถสร้างหลักฐานความมั่นคงให้แก่ตนเองและครอบครัว

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

แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นคนพิการต้นแบบ ประจำปี ๒๕๖๗



๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ.....ปี
☐ เคยได้รับการเสนอชื่อเข้ารับ การคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่างของจังหวัดนนทบุรี 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
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ พิการทางการได้ยิน หรือสื่อความหมาย
☐ หูตึง
☐ หูหนวก
☐ มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย
โปรดระบุ | ☐ พิการทางสติปัญญา
☐ โปรดระบุระดับสติปัญญา.....
☐ พิการทางการเรียนรู้
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... | ☐ พิการออทิสติก
☐ โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ
.....
..... |
| ☐ มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ รวมด้วย
☐ มี โปรดระบุ..... ☐ 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...

๘. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด

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

สถานที่ทำงาน.....

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

๙. เคยได้รับการประกาศเกียรติคุณในเรื่องใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด เอกสารหรือหลักฐานที่ส่งมาประกอบการพิจารณา (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 ๒๕๖๗**

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

แบบเสนอข้อมูลของผู้เข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลดีเด่น
ที่ให้การสนับสนุนงานด้านคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๗

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 การจัดสวัสดิการ ให้คนพิการ การส่งเสริมอาชีพคนพิการ การส่งเสริมให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ การส่งเสริมให้คนพิการมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป การส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสร้างปรับปรุง หรือสนับสนุนสภาพแวดล้อมให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐ ภาครัฐ

☐ ภาคเอกชน

☐ ชุมชน

☐ บุคคล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

๒.๒ ผลงาน...

๒.๒ ผลงานต้องเป็นการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของคนพิการ เช่น สิทธิที่จะทำให้คนพิการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากบริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพ สังคม และอื่น ๆ อาทิ การชี้แจง แนะนำบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ช่วยของคนพิการให้เข้าใจ เรื่องสิทธิคนพิการ สร้าง ปรับปรุง หรือจัดทำ : งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้ การนำพาคนพิการไปจดทะเบียนคนพิการ การจัดบริการสวัสดิการให้กับคนพิการ ทั้งทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ อาทิ การสร้างโครงการให้คนพิการมีงานทำ การจัดหา พื้นที่ให้คนพิการประกอบอาชีพ การจัดช่องทางพิเศษให้กับคนพิการภายในโรงพยาบาล การส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับความพิการ เป็นต้น (เป็นผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง)

หน่วยงานที่ไปสนับสนุน

☐ ภาครัฐ

☐ ภาคเอกชน

☐ ชุมชน

☐ บุคคล

☐ อื่นๆ ระบุ.....

เริ่มต้นการดำเนินงาน (ปี)	กิจกรรม	หน่วยงานที่ไปสนับสนุน	ระยะเวลา

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

๕. กรุณาระบุกิจกรรม โครงการ ผลงานด้านคนพิการที่ท่านคิดว่ามีความภาคภูมิใจ พร้อมเหตุผลประกอบ

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

๖. 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 องค์กรที่ขอเข้ารับการคัดเลือกเอง หรือ องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ

หมายเหตุ

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

๔. การสนับสนุนด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน / องค์กร

สถานที่ติดต่อ.....

.....

วันที่...../...../.....

ข้อเสนอแนะในการกรอกแบบเสนอข้อมูล
เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น
ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๗

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 ๒๕๖๖

แบบเสนอข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการคัดเลือกเป็น
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดีเด่น
ด้านการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๗

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

**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 สำเนาจ้างซึ่งมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 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.....
ถนนตำบล / 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 จดทะเบียนคนพิการแล้ว จำนวน.....คน ชายคน หญิงคน
- ๘.๒ ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ จำนวนคน ชายคน หญิงคน
- 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 ระบุการจัดแบ่งงานให้คนพิการไปทำที่บ้าน / การจ้างเหมางานภายนอก

จำนวนคน ชายคน หญิงคน

/ ๘.๕ วัตถุประสงค์...

๘.๕ วัตถุประสงค์ของการจัดแบ่งงานให้คนพิการไปทำที่บ้าน

.....

.....

.....

.....

๙. นโยบายการจ้างงานคนพิการของสถานประกอบการ

.....

.....

.....

.....

๑๐. อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สถานประกอบการจัดให้คนพิการ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ อุปกรณ์การทำงาน ซึ่งจัดหรือปรับให้คนพิการ
- ☐ ทางลาดถาวร
- ☐ ห้องน้ำซึ่งมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวน ห้อง
- ☐ ลิฟต์ซึ่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ จำนวน ตัว
- ☐ ที่จอดรถที่จัดไว้สำหรับคนพิการ จำนวน ช่อง
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๑๑. โปรดระบุลักษณะการจัดสวัสดิการเป็นพิเศษสำหรับพนักงานพิการ เช่น การจัดที่พักให้คนพิการ
จัดเวลาพักกลางวันโดยได้รับประทานอาหารกลางวันก่อน 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...../...../.....