



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอลับแล
 เลขที่รับ..... 1012
 วันที่..... 8 ก.ค. 69
 เวลา.....

ที่ อต ๐๐๒๓.๓/ว ๖๘๕

ถึง ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์ สำนักงานเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ และสำนักงานท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสำนักงาน สกสค.จังหวัดอุตรดิตถ์ แจ้งว่า สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ได้มีนโยบาย ดำเนินโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา เพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ เพื่อเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการประเภท ๑-๗ โดยผู้เข้าร่วมโครงการ ต้องมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ผู้ป่วยติดเตียง
 - ๑.๑ ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
 - ๑.๒ ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง “ผู้ป่วยติดเตียง” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาและไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เช่น คนปกติ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย”
๒. ผู้พิการประเภท ๑-๗
 - ๒.๑ ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้พิการ ประเภท ๑-๗ ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
 - ๒.๒ ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้พิการ ประเภท ๑-๗ (บัตรประจำตัวคนพิการ)

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดอุตรดิตถ์ จึงขอแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ ให้สถานศึกษาในสังกัด สรรวจครูในประจำการและนอกประจำการในพื้นที่ ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการ ประเภท ๑-๗ หากมีผู้ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ สามารถแจ้งรายชื่อหรือแสดงหลักฐานการเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการ (บัตรประจำตัวคนพิการ) ได้ที่สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุตรดิตถ์ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ตามวันเวลาราชการ รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือสำนักงาน สกสค. จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ ศธ ๕๒๑๐๗๔/๖๒๒ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ที่ส่งมาพร้อมนี้ สำหรับสำนักงานท้องถิ่นอำเภอ ขอความร่วมมือ แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบ และดำเนินการต่อไป



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอลับแล
 อต. ๐๐๒๓.๑๕/ว. ๕๓๐ วันที่ ๘ ก.ค. ๖๙
 เรียน นายกเทศมนตรีตำบล.....
 นายก อบต.....

เพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
 โทร. ๐-๕๕๕๐-๓๐๐๘ ต่อ ๑๓
 ผู้ประสานงาน : ธนาภรณ์ เปรมปรี (โทร.) ๐๘๙๙-๕๓๙๐๙๒๗

(นางสาวทิพย์กาวรรณ ทาทาญ)
 เจ้าพนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นปฏิบัติงาน



ที่ ศธ ๕๒๑๐๗๔/ ๒๒๒

๗) กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง การสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐

เรียน หน่วยงานทางการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ตามบัญชีรายชื่อที่แนบ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๗๐ จำนวน ๑ ฉบับ
๒.แบบคำขอเข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการฯ (กิจกรรมครูช่วยครู : ผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ได้มีนโยบายดำเนินโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐ เพื่อเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการประเภท ๑-๗ โดยผู้เข้าร่วมโครงการ ต้องมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ป่วยติดเตียง	ผู้พิการประเภท ๑-๗
๑.ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ	๑.ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้พิการ
๒.ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง	ประเภท ๑-๗ ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
“ผู้ป่วยติดเตียง” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมโทรมจน	๒.ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่า
ต้องนอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลาและไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้	เป็นผู้พิการ ประเภท ๑-๗
เช่นคนปกติ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย”	(บัตรประจำตัวคนพิการ)

เพื่อให้การดำเนินโครงการฯ ดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุดรธานี จึงมีความประสงค์ขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์ ให้หน่วยงานสถานศึกษา สำรวจครูในประจำการ และนอกประจำการในพื้นที่ ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการประเภท ๑-๗ หากมีผู้ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ สามารถแจ้งรายชื่อหรือแสดงหลักฐานการเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการ (บัตรประจำตัวคนพิการ) ได้ที่สำนักงาน สกสค.จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ตามวันเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายมนต์ชัย ปาณรูป)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดอุดรธานี

สำนักงาน สกสค.จังหวัด

โทร. ๐-๕๕๘๑-๗๗๕๓, ๐-๕๕๔๔-๒๒๒๘

หมายเหตุ ผู้ที่เคยได้รับการช่วยเหลือ “กิจกรรมครูช่วยครู” ในปีงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการ เป็นเวลา ๑ ปีงบประมาณ

บัญชีรายชื่อหน่วยงานทางการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

๑. ศึกษาธิการจังหวัดอุดรดิตถ์
๒. ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์
๓. ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดอุดรดิตถ์
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรดิตถ์ เขต ๑
๕. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรดิตถ์ เขต ๒
๖. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพิษณุโลก อุดรดิตถ์
๗. ท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ ✓
๘. อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
๙. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรดิตถ์

แบบคำขอเข้าร่วมและรับเงิน

โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ
(กิจกรรมครูช่วยครู : ผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ)
เลขที่สมาชิก (ช.พ.ค.).....

เขียนที่.....
วันที่.....

๑

คำขอ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ..... ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

เป็นหรือเคยเป็น () ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา หรือ () ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
และเป็น/หรือ () ผู้ป่วยติดเตียง
() ผู้พิการประเภทที่

- () ๑. ความพิการทางการเห็น : ตาบอด/ตาเห็นเลือนราง
- () ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย : หูหนวก/หูตึง
- () ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย : มือ เท้า แขน ขา ขาด อัมพาต อ่อนแรง
- () ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม : ความผิดปกติทางจิตใจ สมอง
- () ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เข่าวิปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
- () ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง
- () ๗. ออทิสติก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้มีสิทธิรับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) จริง พร้อมได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาตั้งต่อไปนี้มาด้วย

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นทางราชการออกให้
- () สำเนาเอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ
- () อื่น ๆ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นมานี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมายในทุกกรณี

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ