



ที่ พร ๐๐๐๕/๕๖๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่
ศาลากลางจังหวัดแพร่ พร ๕๔๐๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) และร่วมกิจกรรม
การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

เรียน นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล **แม่คำมี**

- | | | |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. แบบตอบรับ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. เอกสารประชาสัมพันธ์การออกบัตรประจำตัวคนพิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔. แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่ โดยศูนย์บริการคนพิการ
จังหวัด ร่วมกับโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ กำหนดจัดประชุมโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการ
สำหรับคนพิการ และการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวก
ให้คนพิการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งยังไม่เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ ตกหล่นจากระบบขึ้นทะเบียนคนพิการ
ซึ่งสามารถที่จะเข้าถึงสิทธิในการเข้ารับบริการและความช่วยเหลืออื่นๆ จากภาครัฐได้อย่างครอบคลุม
และทั่วถึง ในอังคารที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ หอประชุมอำเภอหนองม่วงไข่ อำเภอ
หนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ โดยกำหนดจัดโครงการฯ มีกิจกรรมดังนี้
การจัดโครงการฯ ดังกล่าว มีกิจกรรมดังนี้

๑. อบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการ
๒. การตรวจประเมิน/รับรองความพิการ กลุ่มเป้าหมายที่มีความพิการทางด้านร่างกายหรือ
การเคลื่อนไหว
๓. การออกบัตรประจำตัวคนพิการและให้คำแนะนำด้านสิทธิและสวัสดิการ
๔. การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่ จึงขอความร่วมมือท่าน
ประชาสัมพันธ์การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ Mobile Unit และร่วมกิจกรรมการลงทะเบียนรับเบี้ย
ความพิการ ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ขอความร่วมมือท่านช่วย
คัดกรองความพิการเบื้องต้นตามแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และ
ส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการฯ ภายในวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ จักขอบคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความร่วมมือนมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางอนงค์ เจริญวิทย์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดแพร่

ผู้ประสานงาน : นางปภาวรินทร์ ปิติจะ

โทร. ๐๘๘-๓๕๕๔๑๙๑


รับ นายท ออบค.แม่คำ

- เพื่อทราบ
- เพื่อพิจารณา
- เพื่อสั่งการ

แจ้งเรื่อง ขอความร่วมมือผู้ประกอบการ
 มอเตอร์ไซด์บริการเคลื่อนที่ (Mobile Unit)
 เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์
 วันอนุรักษ์ความดี

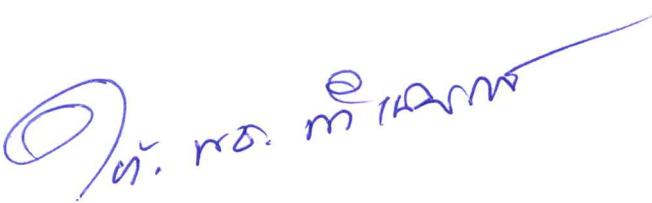
 น.ส.น.น.
 (นายชัชวาท ชุ่มเย็น)
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ

- ส่งไปทราบ
- แจ้งผู้ประกอบการในพื้นที่
- มอ. พ.ศ. ๖๖

ผู้เกี่ยวข้อง 
 (สุรชัย ใจนันทิ)
 หัวหน้าสำนักงาน อบต.
 - เสร็จ พ.ศ. ๖๖


 (นางอรชร คำลือ)
 รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
 น.ส.

(นางกัญชกร ศิริเทพพิ)
 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล


 ต. ท. ๖๖


 (นายศุภกฤษณ์ ศรีใจอินทร์)
 นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลแม่คำ

กำหนดการ
โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการ และการออกหน่วยเคลื่อนที่
(Mobile Unit) สำหรับคนพิการ
ณ หอประชุมอำเภอหนองม่วงไข่ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	-ลงทะเบียน
เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	-พิธีเปิดการอบรม โดย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่
เวลา ๐๙.๐๐-๑๐.๐๐ น.	-วิทยากรบรรยายให้ความรู้ หัวข้อ “การจดทะเบียนคนพิการ” โดย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดแพร่
เวลา ๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.	-วิทยากรบรรยายให้ความรู้ หัวข้อ “สิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการ” โดย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดแพร่
เวลา ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	-พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	-การให้บริการ (Mobile Unit) สำหรับคนพิการ ได้แก่ ๑. การออกบัตรประจำตัวคนพิการ ๒. การตรวจสอบสุขภาพประเมิน/รับรองความพิการ และลงทะเบียนหลักประกันสุขภาพ ๓. การลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ ๔. การบริการด้านการจัดหางานและการฝึกอาชีพ
เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	- พิธีปิดการอบรม

กำหนดการอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ๑๐.๐๐-๑๐.๑๐ น. และ ๑๕.๐๐-๑๕.๑๐

แบบตอบรับ
เข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับคนพิการ และการออกหน่วยเคลื่อนที่
(Mobile Unit) สำหรับคนพิการ
ณ หอประชุมอำเภอหนองม่วงไซ อ.หนองม่วงไซ จ.แพร่
วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

ชื่อ หน่วยงาน.....
สถานที่ตั้ง.....
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

การตอบรับการเข้าร่วมโครงการฯ
 สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้

กรุณาตอบข้อความในแบบตอบรับ และส่งคืนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่ ศาลากลางชั้น ๑ โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๕๕๕๑-๑๕๗๒-๓ ภายในวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖

หมายเหตุ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแพร่ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายค่าอาหารกลางวัน และอาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
(ยังไม่ได้รับการประเมิน/ยังไม่มีสมุดประจำตัวคนพิการ)

ชื่อ-นามสกุล.....วัน/เดือน/ปี/เกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน
วันที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....

	ลักษณะ	ผล	
		ใช่	ไม่ใช่
1	แขน ขา อ่อนแรง -อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง -อุบัติเหตุทางสมอง ไขสันหลัง หมายเหตุ - หลังการรักษาและฟื้นฟูอย่างน้อย 3 เดือน ไม่กลับสู่ สภาวะปกติ		
2	แขน ขา ขาด จากสาเหตุ ต่างๆ		
3	โรคข้อ หรืออาการปวดข้อ หมายเหตุ - หลังการรักษาและฟื้นฟูอย่างน้อย 6 เดือน ไม่กลับสู่ สภาวะปกติ		
4	ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เหนือง่ายจนมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หมายเหตุ - หลังการรักษาและฟื้นฟูอย่างน้อย 6 เดือน ไม่กลับสู่ สภาวะปกติ		
<p>คำชี้แจง</p> <p>1 - ประเมินในบุคคลที่ไม่เคยได้รับสมุดประจำตัวคนพิการ/สิทธิผู้พิการแล้วเท่านั้น</p> <p>2- แบบคัดกรองนี้ใช้เพื่อเป็นการคัดกรองเท่านั้น การวินิจฉัยความพิการทำโดยแพทย์เท่านั้น</p> <p>3- กรณี นิ้วมือ นิ้วเท้า ขาดในบางตำแหน่ง แต่ไม่ได้กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม ให้แพทย์พิจารณาเป็นรายๆ ไป</p>			

ประชาสัมพันธ์การทำบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. กรณี คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ มาทำบัตรต้องเตรียมหลักฐาน ดังนี้

คนพิการ	ผู้ดูแลคนพิการ (ผู้ปกครอง/ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์/ผู้ดูแลคนพิการ)
๑. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี) ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๓. ภาพถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว จำนวน ๒ รูป (ใช้สำหรับ กรณี ไม่ได้นำบัตรประชาชนตัวจริงมายื่น) ๔. เอกสารรับรองความพิการจากแพทย์	๑. สำเนาทะเบียนบ้าน ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี) หมายเหตุ (นิยามตามกฎหมาย) ผู้ดูแลคนพิการ" หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา เย้า ตี หีน้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการตามกฎหมาย (กรณี อาศัยอยู่ทะเบียนบ้านเดียวกันไม่ต้องแนบใบมอบอำนาจ)

๒. กรณี บุคคลอื่น มายื่นแทนคนพิการ ต้องเตรียมหลักฐาน ดังนี้

คนพิการ	ผู้ดูแลคนพิการ	ผู้ยื่นแทน (เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับแต่งตั้ง คือ อบต./เทศบาล/ทต./โรงพยาบาล)
๑. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี) ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๓. ภาพถ่ายขนาดหนึ่งนิ้ว จำนวน ๒ รูป (ใช้สำหรับ กรณี ไม่ได้นำบัตรประชาชนตัวจริงมายื่น) ๔. เอกสารรับรองความพิการ	๑. สำเนาทะเบียนบ้าน ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี)	๑. สำเนาทะเบียนบ้าน ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี) ๓. ใบมอบอำนาจจากคนพิการ

หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ
ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดแพร่

๐๕๕-๕๑๑๕๓๓ ต่อ ๑๐