



ที่ บร ๐๐๑๙/ว ๒๑๙

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์  
๑๑๕๙ เขากะโแดง  
จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

๒๔ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗  
เรียน พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด  
ด้วยสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำหนดจัดงานวันคนพิการ  
ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการทั่วประเทศ ได้พบปะสังสรรค์  
แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ได้แสดงความสามารถ ได้รับรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการป้องกันความพิการ  
การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้คนพิการมีอาชีพ และรายได้ที่เหมาะสม โดยได้รับความ  
ร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการดำเนินงานจัดกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์  
ต่อคนพิการ โดยจัดให้มีการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อประกาศเกียรติคุณ  
ในงานวันคนพิการ ครั้งที่ ๕๕ ประจำปี ๒๕๖๗

เพื่อให้ดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอให้  
พัฒนาการอำเภอดำเนินการพิจารณาเสนอชื่อคนพิการที่เห็นสมควรเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการ  
ตัวอย่าง ประจำปี ๒๕๖๗ โดยกรอกแบบประวัติคนพิการผลงานและความคิดเห็นเพิ่มเติมของหน่วยงาน  
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย พร้อมสำเนา จำนวน ๑๔ ชุด ต่อคนพิการ ๑ คน ส่งไปที่สำนักส่งเสริม  
และพัฒนาคนพิการ สภาสังคมสงเคราะห์ เลขที่ ๑๐๐/๔๑-๔๒ ถนนเทิดดำริ แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ ภายในวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางกนกอร โพธิ์สิงห์)  
พัฒนาการจังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มงานสารสนเทศการพัฒนาชุมชน

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๖๕๑๒ (มท) ๓๗๑๕๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Saraban\_buriram@cdd.mail.go.th

นางสุวรรณ สุกตะกั้ว นักวิชาการพัฒนาชุมชนชำนาญการ โทร.๐๘ ๙๙๔๗ ๖๕๓๖

**แบบกรอกประวัติคนพิการเพื่อคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2567**  
**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**

<p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางการเห็น</b>  <input type="radio"/> ตาเห็นเลือนราง    <input type="radio"/> ตาบอดสนิท          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย</b>  <input type="radio"/> หูตึง                      <input type="radio"/> หูหนวก  <input type="radio"/> มีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย</b>          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม</b>          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางสติปัญญา</b>          โปรดระบุระดับสติปัญญา</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางเรียนรู้</b>          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>พิการทางออทิสติก</b>          โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>มีความพิการซ้ำซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย</b>          หมายเหตุ : หากมีความพิการซ้ำซ้อน ให้สื่อความพิการที่มากที่สุดเป็นหลักในการพิจารณาประเภทความพิการ (เลือก 1 ประเภทความพิการ)</p> <p><input type="radio"/> มี โปรดระบุรายละเอียดลักษณะความพิการ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

4. ประวัติความพิการ

- พิการ์แต่กำเนิด       พิการ์ภายหลัง เมื่ออายุ.....ปี

สาเหตุความพิการ .....

.....

5. สถานภาพการสมรส

- โสด       สมรส  
 หย่า       แยกกันอยู่       หม้าย

6. คู่สมรสชื่อ..... อายุ.....ปี

อาชีพ.....

7. จบการศึกษา.....

8. จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

1. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

2. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

3. ชื่อ..... อายุ.....ปี กำลังศึกษา/จบการศึกษา.....

อาชีพ.....

9. อาชีพ อธิบายโดยละเอียด .....

.....

สถานที่ทำงาน .....

รายได้.....ต่อเดือน หรือ.....ต่อปี

10. บุคคลที่จะติดต่อกับคนพิการได้คือ นาย/นาง/นางสาว.....

ความสัมพันธ์ .....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

11. ความเหมาะสมในการเสนอชื่อเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง

11.1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามสภาพความพิการและสภาพแวดล้อม

.....

11.2 ความพยายามในการศึกษาหาความรู้ และการพัฒนาตนเอง

.....

.....

11.3 ความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ

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

11.4 คุณภาพชีวิตของครอบครัว ความเป็นผู้มีคุณธรรมและการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

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

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

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้เสนอ

ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

หน่วยงาน.....

สถานที่ติดต่อ.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

1. ก่อนกรอกข้อมูลกรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ประจำปี 2567 ตามเอกสารที่แนบ
2. โปรดส่งแบบกรอกประวัติไปที่ ประธานคณะกรรมการฝ่ายคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง สำนักส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการ อาคาร สว. เลขที่ 100/41-42 ถนนเทอดดำริ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 (โทรศัพท์และโทรสาร 0-2241-2841, 0-2241-5125) ภายในวันที่ 27 กันยายน 2567
3. ท่านสามารถเปิดโครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง งานวันคนพิการ ครั้งที่ 55 ประจำปี 2567 สภาสังคมสงเคราะห์ฯ และหลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดมุมด้านล่าง



โครงการคัดเลือกบุคคลพิการตัวอย่าง  
ประจำปี 2567



หลักเกณฑ์ในการเสนอชื่อคนพิการเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคคลพิการตัวอย่าง