



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 สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 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, ๐-๕๕๕๔-๒๒๒๘

หมายเหตุ ผู้ที่เคยได้รับการช่วยเหลือ “กิจกรรมครูช่วยครู” ในปีงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการ เป็นเวลา ๑ ปีงบประมาณ

บัญชีรายชื่อหน่วยงานทางการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

๑. ศึกษาธิการจังหวัดอุดรดิตถ์
๒. ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์
๓. ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดอุดรดิตถ์
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรดิตถ์ เขต ๑
๕. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรดิตถ์ เขต ๒
๖. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ศึกษามัธยมศึกษาพิษณุโลก 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/เข่าวปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

() ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง

() ๗. ออทิสติก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้มีสิทธิรับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) จริง พร้อมได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาต่อไปนี้มาด้วย

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นทางราชการออกให้

() สำเนาเอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ

() อื่น ๆ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นมานี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมายในทุกกรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ