



องค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง
เลขรับ..... ๐๑๗๗
วันที่..... - ๑ ก.ค. ๒๕๖๕
เวลา.....

ที่ กบ ๐๐๐๕/ว ๑๒๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดกระบี่ ถนนท่าเรือ
ตำบลไสไทย อำเภอเมือง กบ ๘๑๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรวมกลุ่มประกอบอาชีพของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ทุกแห่ง

- | | | |
|------------------|----------------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. แบบฟอร์มการคัดเลือกกลุ่มประกอบอาชีพ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. ตัวอย่างโครงการ | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มประกอบอาชีพของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๕๐,๐๐๐.- บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่รวมกลุ่มกันเพื่อประกอบอาชีพโดยตรง และต้องมีจำนวนสมาชิกกลุ่มอย่างน้อย ๒๐ คนขึ้นไป โดยมุ่งเน้นส่งเสริมกลุ่มอาชีพที่มีการรวมกลุ่มประกอบอาชีพที่เข้มแข็ง มีกิจกรรม แผนงาน โครงการของกลุ่มที่จะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัด จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์ ให้กลุ่มคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการที่มีคุณสมบัติ ดังกล่าว และมีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนงบประมาณสามารถยื่นแบบฟอร์มฯ และแบบเสนอโครงการ ส่งมายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ ศูนย์ราชการ ถนนท่าเรือ ตำบลไสไทย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ๘๑๐๐๐ ได้ตั้งแต่วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา
เห็น นายนก อวม. เขาทอง
- นายนก อวม. เขาทอง
นายก อบต. เขาทอง
ติดต่อ นายนก อวม. เขาทอง
๒๕๖๕
- เสนอทราบ

(Handwritten signature)

ขอแสดงความนับถือ
(Handwritten signature)
(นางพิศสุตา คงทอง)

(Handwritten signature)
นายเชษฐา ไชยกุล
หัวหน้าสำนักงานปลัด

(Handwritten signature)
(น.ส.ศุภิญญา กษัตริย์)
ท. ๐๔๐.๐๓๓๔

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่

(Handwritten signature)

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด
โทร. ๐ ๗๕๖๒ ๓๔๓๔
โทรสาร. ๐ ๗๕๖๑ ๒๕๘๖

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)
(Handwritten signature)

(นายฐปกร เองเห็น)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง

(Handwritten signature)
(Handwritten signature)

นางอภิญญา ไชยกุล
นางอภิญญา ไชยกุล

แบบฟอร์มการคัดเลือกกลุ่มประกอบอาชีพ
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

คำชี้แจง โปรดระบุ กรณีเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการส่งเสริมศักยภาพและ
พัฒนาอาชีพคนพิการ

1. ชื่อกลุ่มประกอบอาชีพ.....
 - ไม่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
 - เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เมื่อปีงบประมาณ.....
2. ชื่อประธานกลุ่ม (นาย/นาง/นางสาว).....เบอร์โทรศัพท์.....
3. สถานที่ตั้งกลุ่ม เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
หมู่บ้าน..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
4. สมาชิกกลุ่ม
 - 1) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 2) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 3) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 4) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 5) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 6) นาย/นาง/นางสาว.....
 - คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ
 - ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....

5. ศึกษารายงานกลุ่ม (จัดทำและจัดส่งให้หน่วยงาน ไร่ หนึ่ง)

6. ระยะเวลาที่รวมกลุ่ม

7. ประสงค์ขอรับการสนับสนุนด้านใด

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

...../...../.....

โทร.....

****หมายเหตุ****

กรุณาส่งกลับมายังกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ (กสส.) กลุ่มส่งเสริมศักยภาพคนพิการ โทร. 0 2354 3888 ต่อ 205 , 0 2354 3755 โทรสาร 02-354-5023

ผู้ประสานงาน

1 นางสาวอัญภัสร์ กุ้ยเหล็ก โทร.02 354 3755 E-mail : epd.dep@gmail.com

2 นางสาวกรรณิการ์ ป้อนเพชร โทร.02 354 3755 E-mail : epd.dep@gmail.com

- (ตัวอย่างโครงการ) -

โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ สินค้า และตราสินค้า (โลโก้)
เพื่อส่งเสริมกลุ่มอาชีพผู้การปฏิบัติตามมาตรา 35

1. หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มาตรา 20 กำหนดเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐานการคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริม การประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงาน และประกอบอาชีพของคนพิการ มาตรา 35 กำหนดให้นายจ้างหรือหน่วยงานของรัฐ สามารถใช้มาตรการอื่นแทนการจ้างงานหรือส่งเงินเข้ากองทุน บัญญัติว่า ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ ไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 หรือนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่รับ คนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา 34 หน่วยงานของรัฐ นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการ นั้นอาจให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้าง เหมာช่างงานหรือจ้างเหมาบริการ โดยวิธีกรณีพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก สบายภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ

เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปทุมธานี พบว่า ยังขาดทักษะสำคัญในด้านการบริหารจัดการ พัฒนาผลิตภัณฑ์ การตลาด ตราสัญลักษณ์ (โลโก้) และบรรจุภัณฑ์จึงทำให้ผลิตภัณฑ์และบริการของกลุ่มอาชีพคนพิการยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของตลาดได้มากนัก ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มอาชีพของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีความเข้มแข็ง ผลิตภัณฑ์ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของตลาด และสามารถรองรับ การปฏิบัติตามมาตรา 35 ของหน่วยงาน และสถานประกอบการได้ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก จังหวัดปทุมธานีจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ สินค้า และตราสินค้า (โลโก้) เพื่อส่งเสริมกลุ่มอาชีพ ผู้การปฏิบัติตามมาตรา 35 เพื่อให้ความรู้เรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ตราสัญลักษณ์ (โลโก้) การบริหาร การเงิน การตลาด โดยมุ่งหวังให้กลุ่มอาชีพสามารถนำความรู้ไปบริหารจัดการ และพัฒนาเพิ่มมูลค่า ของผลิตภัณฑ์ ทำให้กลุ่มอาชีพเกิดความเข้มแข็ง สามารถรองรับความต้องการ ของตลาด และสถานประกอบการได้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาช่องทางในการจำหน่ายสินค้า ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มอาชีพให้สามารถเข้าถึง ลูกค้าและผู้สนใจในวงกว้าง และรองรับแนวทางการปฏิบัติตามมาตรา 35 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556

2.2 เพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้ให้แก่สมาชิกของกลุ่มอาชีพ สามารถนำไปต่อยอดการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ ต่อไป

2.3 เพื่อพัฒนากลุ่มอาชีพคนพิการให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืน และคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. เป้าหมาย

3.1 จัดอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ การผลิตสินค้า และกลยุทธ์ทางการตลาด ฯลฯ

3.2 จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และทันสมัย เพื่อเพิ่มคุณภาพให้กับผลิตภัณฑ์สินค้า

4. วิธีดำเนินการ

- 4.1 เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ
- 4.2 ดำเนินงานตามโครงการ
- 4.3 จัดทำบัญชีรายรับ รายจ่ายของกลุ่ม
- 4.4 รายงานผลในการดำเนินโครงการฯ

5. ระยะเวลาการดำเนินการ มกราคม 2564

6. สถานที่ดำเนินการ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปทุมธานี

7. งบประมาณ

- จำนวน 50,000.- บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) มีรายละเอียด ดังนี้
- ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน บาท
 - ค่าวัสดุ จำนวน บาท
 - อื่นๆ จำนวน บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 50,000.- บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) โดยขอตัวจ่ายได้ทุกรายการ

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 กลุ่มอาชีพคนพิการมีการพัฒนาช่องทางในการจำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์ของกลุ่มอาชีพสามารถเข้าถึงลูกค้าและผู้สนใจในวงกว้าง และรองรับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา 35
- 8.2 สมาชิกของกลุ่มอาชีพคนพิการมีทักษะความรู้ สามารถนำไปต่อยอดการพัฒนาผลิตภัณฑ์
- 8.3 กลุ่มอาชีพคนพิการได้รับการพัฒนาและเติบโตอย่างยั่งยืน รวมทั้งคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปทุมธานี

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปทุมธานี

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด