



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล  
เลขรับที่ ๒๐๘๒  
วันที่ ๖ / ๓.๒ / ๖๗  
เวลา ๑๐.๕๗ น.

ที่ พบ ๐๐๐๕/๖๕๖๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง  
ของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี พบ ๗๖๐๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งส่งโครงการขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี ๒๕๖๘

เรียน ประธานศูนย์บริการคนพิการตำบลหนองกะปูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ศูนย์บริการคนพิการตำบลหนองกะปูล ได้ส่งแผนการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เป็นเงิน ๕๗,๖๘๐.- บาท (สี่หมื่นเจ็ดพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน) เพื่อขอรับการสนับสนุนเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ นั้น

ในการนี้คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดเพชรบุรี ได้เห็นชอบแผนดังกล่าว และได้จัดส่งเพื่อขอกรอบวงเงินจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแล้ว จึงขอให้ท่านนำส่งแบบเสนอโครงการฯ มาที่สำนักงานฯ ภายในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อจะนำเสนอเข้าที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวยูวรี เกิดผล)

นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบุรี

โทร. ๐๓๒-๕๒๖๐๙๓ ต่อ ๑๕

ผู้ประสาน ๐๙๑-๘๗๘๕๐๐๔ (นางสาวมลทริกาญจน์ ทองจำปา)

รายละเอียดการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการตำบลหนองกะป๋อ  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับ	รายการ	จำนวนที่อนุมัติ
๑.	ค่าวัสดุอุปกรณ์ฯ	๖,๐๐๐.
๒.	ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมคณะกรรมการฯ (๑๖ คน x ๓๕.- x ๓ ครั้ง)	๑,๖๘๐.-
๓.	ค่าปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ	๔๐,๐๐๐.-
	รวม	๔๗,๖๘๐.-



๑.๖ วัตถุประสงค์ขององค์กรที่ขอสนับสนุน

.....  
 .....

๑.๗ กิจกรรมหรือโครงการที่องค์กรดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (โดยสรุป)

.....  
 .....

๑.๘ ผลงานในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา (โดยสรุป)

.....  
 .....

๑.๙ องค์กรของท่านเคยเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือไม่

ไม่เคย

เคย

(ถ้าเคย) ปีขอรับการสนับสนุน ..... จำนวนครั้งที่ขอรับการสนับสนุน ..... ครั้ง

โครงการล่าสุดที่เคยขอรับการสนับสนุนชื่อโครงการ .....

.....

ผลของโครงการ .....

.....

.....

ปัญหาและอุปสรรค .....

.....

.....

๑.๑๐ แหล่งความช่วยเหลือที่องค์กรได้รับในปัจจุบัน (ทั้งในและต่างประเทศ)

๑. .... จำนวน ..... บาท

๒. .... จำนวน ..... บาท

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดข้อมูลโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ (แยกตามรายโครงการ)

๒.๑ ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) .....

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) ถ้ามี .....

๒.๒ ประเภทความพิการที่ขอรับการสนับสนุน

ประเภททางกายหรือการเคลื่อนไหว

ประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม

ประเภททางการมองเห็น

ประเภททางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย

ประเภททางสติปัญญา

ประเภททางการเรียนรู้

ทุกประเภทความพิการ

๒.๓ ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ .....

โทรสาร ..... อีเมล .....

๒.๔ ชื่อผู้ประสานงานโครงการ

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ .....

โทรสาร ..... อีเมล .....

๒.๕ หลักการและเหตุผล (คำอธิบาย : โครงการควรแสดงข้อมูลสภาพปัญหา หรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ในชุมชนหรือพื้นที่ ๆ จะทำโครงการ และระบุให้ชัดเจนว่าเหตุใดจึงจัดทำโครงการนี้ อ้างอิงถึงหลักการหรือเหตุผลให้ชัดเจน กระชับ)

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๖ วัตถุประสงค์ (คำอธิบาย : โครงการต้องการทำอะไร/มีกิจกรรมอะไรที่คิดจะทำ บอกให้ชัดเจนที่สุด)

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๗ กลุ่มเป้าหมาย (คำอธิบาย : ระบุว่าใครคือผู้ที่ได้รับผลดีจากโครงการนี้ และมีจำนวนเท่าใด) พร้อมแนบรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย

.....

.....

.....

.....

๒.๘ สถานที่ดำเนินงาน (คำอธิบาย : ระบุหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด) พร้อมแผนที่การดำเนินงาน

.....

.....

.....

๒.๙ ระยะเวลาดำเนินโครงการ (คำอธิบาย : โครงการนี้จะเริ่มและจบลงเมื่อใด)

.....  
.....

๒.๑๐ วิธีการดำเนินการ

(คำอธิบาย : วิธีการดำเนินการ แสดงถึงรายละเอียดกิจกรรม และกระบวนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีการกำหนดระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมที่สมเหตุสมผล และควรมีกิจกรรมต่อเนื่อง)

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

๒.๑๑ งบประมาณ (คำอธิบาย : ควรแจกแจงรายละเอียดงบประมาณให้ชัดเจน โดยมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้ (๑) มีความสอดคล้องกับโครงการที่ขอรับการสนับสนุน (๒) มีความสมเหตุสมผล ประหยัด คุ่มค่า เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้)

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (..... บาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

๑. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๒. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๓. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๔. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๕. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๖. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๗. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๘. ....	เป็นเงิน .....	บาท
๙. ....	เป็นเงิน .....	บาท

รวมเป็นเงิน ..... บาท

ได้เสนอโครงการเดียวกันนี้เพื่อรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นหรือไม่

ไม่  เสนอแหล่งทุนอื่นด้วย คือ .....

ชื่อแหล่งทุนอื่น ..... จำนวนเงิน ..... บาท

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านส่งโครงการเดียวกันเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ นอกจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่ว่าจะเมื่อใด ขอให้ท่านเปิดเผยข้อมูลนี้ต่อกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หากท่านไม่แสดงข้อมูลดังกล่าว กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการสงวนสิทธิ์ที่จะระงับการสนับสนุนโครงการของท่าน

๒.๑๒ ตัวชี้วัดโครงการ (คำอธิบาย : ตัวชี้วัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลสัมฤทธิ์หรือระบุมผลสำเร็จของงานภายหลังจาก การดำเนินโครงการ)

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

๒.๑๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ (คำอธิบาย : การกำหนดผลที่คาดว่าจะได้รับมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) สามารถกำหนดผลที่เกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อมจากการดำเนินงานตามโครงการ (๒) สามารถระบุกลุ่มเป้าหมายตาม (๒.๗) จะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงผลที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม หลังเสร็จสิ้นโครงการ)

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

ส่วนที่ ๓ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คำอธิบาย : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในที่นี้หมายถึง เฉพาะ องค์กรการบริหารส่วนตำบล เทศบาล และองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ เช่น สนับสนุนสถานที่ วิทยากร งบประมาณ อุปกรณ์ อาสาสมัคร เป็นต้น โดยมีลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ให้การสนับสนุนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้ยืม ให้เช่าราคาถูก ฯลฯ)

- ๑. สถานที่ .....  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๒. วิทยากร จำนวน ..... คน (โปรดแนบรายชื่อ)  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๓. งบประมาณ จำนวน .....บาท (.....บาทถ้วน)  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๔. อุปกรณ์ ได้แก่ .....  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๕. อาหาร - เครื่องดื่ม จำนวน ..... วัน / .....มือ  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๖. ยานพาหนะ  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๗. อาสาสมัคร จำนวน ..... คน (โปรดแนบรายชื่อ)  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....
- ๘. อื่น ๆ ..... โปรดระบุให้ชัดเจน .....  
ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน .....

แบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาครัฐ หรือภาคเอกชน

ด้วย (ชื่อองค์กร) ..... ที่อยู่ .....

ให้การสนับสนุนโครงการ ..... ตามรายการ

ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า ๑ รายการ

- สถานที่ .....
- วิทยากร จำนวน ..... คน  
ชื่อ .....
- งบประมาณ จำนวน ..... บาท (..... บาทถ้วน)
- อุปกรณ์ ได้แก่ .....
- อาหาร - เครื่องดื่ม จำนวน ..... วัน / ..... มื้อ
- ยานพาหนะ
- อาสาสมัคร จำนวน ..... คน (โปรดแนบรายชื่อ)
- อื่นๆ ..... โปรดระบุให้ชัดเจน .....

ลงชื่อ .....

( )

ตำแหน่ง .....

เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการของท่าน กรุณาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสารที่กำหนดให้  
จัดส่งทุกรายการ โดยทำเครื่องหมาย  หน้าหัวข้อเอกสารที่ท่านจัดส่งมาพร้อมกับแนบรายละเอียด ดังนี้

๑. โครงการตามแบบฟอร์มเสนอโครงการ จำนวน ๑ ชุด พร้อมซีดีไฟล์โครงการ
๒. รายชื่อคณะกรรมการบริหารองค์กรชุดปัจจุบัน
๓. สำเนาใบอนุญาตจัดตั้ง และระเบียบหรือข้อบังคับองค์กร
๔. รายงานผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาอย่างคร่าวๆ
๕. งบดุล งบแสดงรายรับ - รายจ่ายขององค์กร
๖. โครงสร้างทีมงานในการบริหารจัดการโครงการ
๗. รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ หรือรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย
๘. ร่างกำหนดการโครงการ
๙. แผนผังที่ตั้งองค์กร
๑๐. แผนผังของพื้นที่ดำเนินงาน
๑๑. หนังสือรับรององค์กร (กรณีไม่เป็นองค์กรนิติบุคคล)
๑๒. หนังสือรับรองการมีส่วนร่วม (กรณีเป็นโครงการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด)
๑๓. รายงานการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด (กรณีเป็น  
โครงการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด)
๑๔. อื่นๆ (ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการ) .....



### สถานที่เสนอโครงการ

๑. กรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง) สามารถยื่นเสนอโครงการได้ที่

กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

เลขที่ ๒๕๕ อาคาร ๖๐ ปี กรมประชาสงเคราะห์

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทร. ๐๒-๓๕๕-๓๓๘๘ ต่อ ๑๒๔ - ๑๒๕ หรือ ๐๒-๓๕๕๕๒๙๔

โทรสาร. ๐๒-๓๕๕๓๘๙๙

๒. ส่วนภูมิภาค สามารถยื่นเสนอโครงการได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ของจังหวัดทุกจังหวัด

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้เสนอโครงการ

(หัวหน้าองค์กรที่ขอรับการสนับสนุน)