องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ
เลขรับที่ ๙๘๕
วันที่ ๙ / พ.ค / ๖๖
เวลา ๑๔.๐๖ น.

๘

ที่ พบ ๐๐๐๕/๒๒๐๒

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดเพชรบุรี พบ ๗๖๐๐๐

๒๙ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง แผนการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการจัดบริการศูนย์บริการคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.๒๕๕๖ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่เป็นไปอย่างประสิทธิภาพและทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและความช่วยเหลือตามคนพิการร้องขอ อีกทั้งให้บริการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การจัดหางานให้แก่คนพิการ และประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตามระเบียบต่อไปนั้น

ในการนี้ เพื่อเป็นการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง มาตรา ๒๐/๓ ตามพรบ. ดังกล่าว ราชการส่วนท้องถิ่นสามารถจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการโดยใช้งบประมาณของตนเองในการขับเคลื่อนงาน สำหรับในกรณีที่ยังไม่ได้ตั้งงบประมาณของตนเองไว้สามารถจัดทำแผนศูนย์บริการคนพิการเพื่อขอรับการสนับสนุนเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตามความจำเป็นและเหมาะสม ซึ่งสามารถยื่นแผนการจัดบริการของศูนย์บริการฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มายังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เพื่อจักได้รวบรวมนำเสนอเข้าที่ประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดเพชรบุรีพิจารณาของบประมาณปี ๒๕๖๗ จากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายมาโนชญ์ คงรัตนชาติ)
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดเพชรบุรี
โทร. ๐๓๒๔๒๖๐๙๑ ต่อ ๑๕
ผู้ประสาน ๐๙๑-๘๗๘๔๐๐๔ (นางสาวมลฑริกาญจน์ ทองจำปา)

แผนการจัดบริการของศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (กรณีจัดตั้งโดยส่วนท้องถิ่น)
ประจำปีงบประมาณ 2567

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1) ชื่อศูนย์บริการคนพิการทั่วไป: .....

1.2) สถานที่ตั้ง : .....

.....

โทรศัพท์: .....โทรสาร: .....

E-mail: .....

1.3) เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน .: .....

โทรศัพท์มือถือ: ..... .E-mail.: .....

1.4) คณะกรรมการศูนย์บริการคนพิการ จำนวน ..... .คน

(1) .....

(2) .....

(3) .....

(4) .....

(5) .....

(6) .....

(7) .....

(8) .....

(9) .....

(10).....

(11) .....

(12) .....

1.5) กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ..... คน

ประเภทความพิการ	ชาย	หญิง	ไม่ระบุเพศ	รวม
1. พิการทางการเห็น				
2. พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย				
3. พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย				
4. พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม				
5. พิการทางสติปัญญา				
6. พิการทางการเรียนรู้				
7. พิการทางออทิสติก				
รวม				

ส่วนที่ 2 รายการที่ได้รับการสนับสนุนในปีงบประมาณที่ผ่านมา

ลำดับ	รายการที่ได้รับการสนับสนุน	จำนวน/บาท	หมายเหตุ
	-	-	
	-	-	
	รวมทั้งสิ้น	-	

ส่วนที่ 3 ประมาณการงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน (กรณีศูนย์ที่จัดตั้งใหม่)

3.1) สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

ลำดับ	รายการ	งบประมาณ (บาท)
1.	ค่าจัดทำป้ายชื่อศูนย์บริการคนพิการทั่วไป	5,000.-
	รวมทั้งสิ้น	5,000.-

3.2) การบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป

รายการ	ครั้ง/ปี	งบประมาณ (บาท)
1.ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (คณะกรรมการ ..... คน) - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม มื้อละ 35 บาท (.....X 35 X .....ครั้ง)		
2.ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงานฯ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (ไม่เกิน 10,000บาท/ปี)		
	รวมทั้งสิ้น	

รวมประมาณการค่าใช้จ่าย.....บาท (.....)

ลงชื่อ ..... (ผู้เสนอแผน)

(.....)

ตำแหน่ง .....

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