เทศบาลตำบลเขาพ่อ
เลขรับ 2978
วันที่ 19 ต.ค. 61
เวลา 13.34 น.

ที่ รย ๐๐๒๓.๘/๕๗๑

ที่ว่าการอำเภอเขาชะเมา
ถนนเขาดิน-สี่แยกพัฒนา
รย ๒๑๑๑๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลชำฆ้อ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชะเมา น้ำเป็น และเขาน้อย

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดระยอง
ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๔๖๓๘ ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

พร้อมนี้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเขาชะเมา ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดระยอง ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๔๖๓๘ ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล **ทั้งนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง ตามแบบสำรวจฯ แล้วรายงานให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเขาชะเมาทราบ จำนวน ๒ ชุด ภายในวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ โดยรายงานงานก่อนทาง e-mail : songserm_rayong@hotmail.com** รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้ และสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ทาง www.rayonglocal.go.th

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิสิษฐ์ ทองเชื้อ)
ท้องถิ่นอำเภอเขาชะเมา

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
โทร. ๐-๓๘๙๙-๖๐๙๘/๐๙๐-๗๗๐๑๖๓๔

สำนักงานท้องถิ่นอำเภอเขาชะเมา
รับเลขที่ ๕๕๖
ลงวันที่ ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๑
เวลา

ที่ รย ๐๐๒๓.๓/ว ๕๖๓๘

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง สำนักงานเทศบาลนครระยอง สำนักงานเทศบาลเมืองมาบตาพุด และสำนักงานเทศบาลเมืองบ้านฉาง

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการว่า สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสานกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลได้นำไปใช้พิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง ตามแบบสำรวจฯ **แล้วรายงานให้จังหวัดระยองทราบ จำนวน ๒ ชุด ภายในวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ โดยรายงานก่อนทาง** e-mail:songserm_rayong@hotmail.com สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอให้แจ้งเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่นกัน รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ ว ๓๑๖๗ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ ที่ส่งมาพร้อมนี้ และสามารถดาวน์โหลดได้ทาง www.rayonglocal.go.th, www.dla.go.th

จังหวัดระยอง
๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร ๐-๓๘๖๙-๔๑๙๑-๒ ต่อ ๑๘,๑๙

รับที่ 9826
๙ ต.ค. ๒๕๖๑
รับที่ 2613
10 ต.ค. 2561

ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว๓๑๖๗

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่ พม ๐๗๐๓/๕๘๐๓ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่า สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสานกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลได้นำไปใช้พิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป ในการนี้ จึงขอความอนุเคราะห์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง และรวบรวมข้อมูลนำส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการส่งเสริมอาชีพสำหรับคนพิการ จึงขอให้จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการตามแบบสำรวจแล้วรวบรวมส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๒ ชุด ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวี เสริมภักดีกุล)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น
ส่วนส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต
โทร. ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๑ - ๔๑๓๕ โทรสาร. ต่อ ๔๑๐๓
ผู้ประสานงาน : วีรวรรณ ทองประดับ โทร. ๐๙-๒๔๓๗-๕๕๒๒

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
เลขรับ 48510
วันที่ 25 ก.ย. 2561
เวลา

ที่ พม ๐๗๐๗/ ๔๔๐๓

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
๒๕๕ อาคาร ๖๐ ปี กรมประชาสงเคราะห์
ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ กันยายน ๒๕๖๑

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น
เลขรับ 12028
วันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๕๖๑
เวลา 16.24 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการรับการจัดสรรสลากฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้รับการประสานจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสานกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลได้นำไปใช้ประโยชน์พิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่ผู้พิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป นั้น

ในการนี้ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความอนุเคราะห์ท่านประสานงานกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา) พิจารณาสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูและคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) ทั้งนี้ โปรดแนบรูปถ่ายและเอกสารของคนพิการ ได้แก่ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๔ รูป โดยเขียนชื่อ – สกุล ด้านหลังรูปถ่ายทุกใบ เอกสารสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาทุกฉบับ จำนวน ๓ ฉบับ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ดูแลคนพิการซึ่งมีชื่ออยู่ในบัตรประจำตัวคนพิการจะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลร่วมกับคนพิการหรือดำเนินการแทนคนพิการ โปรดแนบหลักฐานของผู้ดูแลเช่นเดียวกับคนพิการ และขอความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นรวบรวมข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกรุณาส่งข้อมูลกลับสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สพศ.
เลขรับ 1060
วันที่ ๒๗ ก.ย. ๒๕๖๑
เวลา 10.09

(นางณฐอร อินทร์ดีศรี)
ผู้อำนวยการกองกองทุนและส่งเสริมความเสมอภาคคนพิการ รักษาราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๓๓๘๘ ต่อ ๓๑๑ , ๓๑๓

สำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการรับการจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาล

คำชี้แจง

การสำรวจข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการด้านแรงงาน โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงอันจะนำผลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการให้ก้าวหน้าและมีประโยชน์แก่คนพิการมากยิ่งขึ้น และเพื่อช่วยแก้ปัญหาการจำหน่ายรัฐบาลเกินราคา ตลอดจนทำให้ผู้ขาย และผู้ซื้อได้รับความเป็นธรรม

โปรดแสดงความคิดเห็น โดยทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่องว่าง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสกุล.....โทร.....

☐ คนพิการตอบแบบสอบถามเอง ☐ ให้ผู้ดูแลคนพิการตอบแบบสอบถามเอง

☐ สัมภาษณ์คนพิการเอง ☐ สัมภาษณ์ผู้ดูแลคนพิการ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

๑) ชื่อ-นามสกุลคนพิการ.....ชื่อเล่น.....

๒) เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

๓) เพศ ชาย หญิง ☐ ชาย ☐ หญิง

๔) วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ..... ปี..... เดือน

๕) เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

๖) สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรสแยกกันอยู่

☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียน ☐ หม้ายหย่าร้าง

☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๗) ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช.สาขา..... ☐ ปวส.สาขา.....

☐ ปริญญาตรี ☐ อื่น ระบุ.....

๘) ตอนนี้ท่านกำลังศึกษาต่ออยู่หรือไม่

☐ ไม่ได้ศึกษาต่อ

☐ ศึกษาต่อ ระดับ.....สถานศึกษา.....

๙. นับถือศาสนา

☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ พุทธ ☐ ซิกข์ ☐ พราหมณ์

☐ ฮินดู ☐ อื่นๆ.....

๑๐) ท่านมีเอกสารเหล่านี้หรือไม่

☐ บัตรประจำตัวคนพิการ วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

สถานที่จดทะเบียนคนพิการ.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรทองคนพิการ (ท ๗๔) เลขที่.....

☐ ทะเบียนบ้าน ☐ บัตรอื่นๆ ระบุ.....

๑๑) สิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

☐ สิทธิข้าราชการ ☐ สิทธิประกันสังคม

☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท.๗๔) ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบุ ท.....

☐ สิทธิว่าง ☐ สิทธิอื่น ๆ.....

๑๒) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....อีเมล์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีที่อยู่ปัจจุบันตรงกับที่อยู่ทะเบียนบ้านไม่ต้องกรอกข้อมูล) เลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ

๒.๑) มีความพิการ

☐ แต่กำเนิด

☐ พิการจากอุบัติเหตุ ระบุ..... เมื่ออายุ.....ปี

☐ พิการจากการเจ็บป่วย ระบุ..... เมื่ออายุ.....ปี

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๒.๒) ระดับความพิการ

☐ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้

๒.๓) ประเภทความพิการ

☐ พิการทางการเห็น ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ พิการจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ พิการทางสติปัญญา ☐ พิการทางการเรียนรู้

☐ พิการทางการออทิสติก

สาเหตุความพิการ.....

ลักษณะความพิการที่พบ โปรดระบุ.....

หมายเหตุ : แบ่งประเภทตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐

๒.๔) ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ.....

๒.๕) ประวัติการรักษา ☐ ไม่ได้รับการรักษา

☐ ได้รับการรักษา ระบุ.....

สถานที่รับการรักษา 1)..... 2).....

การรักษาต่อเนื่อง ☐ รักษาสม่ำเสมอ ☐ รักษาไม่สม่ำเสมอ

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร ☐ ไม่แพ้

☐ แพ้ยา ระบุ.....

☐ แพ้อาหาร ระบุ.....

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านการดูแลและการได้รับการช่วยเหลือ

๓.๑) ผู้ดูแลคนพิการ (กรณีไม่มีผู้ดูแล ใส่ชื่อผู้ใหญ่บ้าน / อสม.ที่ดูแล สมาชิก อปท.)

๑) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....การศึกษา.....

โทรศัพท์..... หมายเหตุ.....

๒) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....การศึกษา.....

โทรศัพท์.....หมายเหตุ.....

๓) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....การศึกษา.....

โทรศัพท์..... หมายเหตุ.....(กรณีรับจ้างดูแล).....

๓.๒) ผู้ช่วยคนพิการ (บุคคลที่ผ่านการอบรมและรับรองจาก พม.)

๑) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

๒) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

๓) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

๔) ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์กับคนพิการ.....โทรศัพท์.....

การศึกษา/อาชีพ.....รายได้.....บาท/(วัน / เดือน/ปี)

๓.๓) ท่านเคยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันหรือไม่

☐ เคย ระบุ.....☐ ไม่เคย

๓.๔) ได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อคนพิการ

☐ ไม่เคย

☐ เคย ผ่านทางใดบ้าง โปรดระบุ.....

ปัจจุบันท่านมีปัญหา ด้านใดบ้าง ระบุ.....

.....

.....

ความต้องการ.....

.....

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลความต้องการในการขอรับการจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาล

๔.๑) ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่ (การประกอบอาชีพคือการทำงานที่ทำให้เกิดรายได้อย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง)

☐ ไม่ประกอบอาชีพ

☐ ประกอบอาชีพโปรดระบุ.....

๔.๒) รายได้ของคนพิการ (รายละเอียดที่เกี่ยวกับรายได้ เช่น ลูก หลานส่งเงินให้ใช้สม่ำเสมอ แต่ไม่นับเบี้ยความพิการ/เบี้ยผู้สูงอายุ /หรือมีมากกว่า ๑ อาชีพ)

☐ ไม่มีรายได้ ☐ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาท/เดือน ☐๓,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท/เดือน

☐ ๕,๐๐๑-๙,๐๐๐บาท/เดือน ☐๙,๐๐๑-๑๕,๐๐๐บาท/เดือน ☐ ๑๕,๐๐๑ บาทขึ้นไป

๔.๓) ปัจจุบันท่านจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือไม่

☐ ไม่จำหน่าย

☐ จำหน่าย

๔.๔) ปัจจุบันท่านจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลแบบไม่มีโควตา จำนวนทั้งหมด ..... เล่ม สลากฯ เล่ม ..... ชุด สลากฯ ชุด ..... เล่ม

สถานที่จำหน่าย.....

(แผนที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล)

แผนที่ รูปถ่ายแผง/บูธ

๔.๕) ปัจจุบันท่านจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลแบบโควตา แต่ไม่เพียงพอต่อการจัดจำหน่าย

จำหน่ายจริงจำนวนทั้งหมด ..... เล่ม สลากฯ เล่ม ..... ชุด สลากฯ ชุด ..... เล่ม

สถานที่จำหน่าย.....

(แผนที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล)

แผนที่ รูปถ่ายแผง/บูธ

๔.๖) ปัจจุบันท่านไม่ได้ประกอบอาชีพจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล แต่มีความประสงค์จะจัดจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล จำนวนทั้งหมด ..... เล่ม สลากฯ เล่ม ..... ชุด สลากฯ ชุด ..... เล่ม โดยถ้าหากได้รับการจัดสรรในการจัดจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

สถานที่จำหน่าย.....

(แผนที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล)

แผนที่ รูปถ่ายแผง/บูธ

๔.๗) ความต้องการในการจัดจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล จำนวนทั้งหมด ..... เล่ม (กรณีที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลจัดพิมพ์สลากฯแบบรวมชุด)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จัดจำหน่ายสลากฯ จำนวนทั้งหมด ..... เล่ม สลากฯ เล่ม ..... ชุด สลากฯ ชุด ..... เล่ม

การจัดจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล

☐ คนพิการจัดจำหน่ายสลากฯด้วยตนเอง

☐ ผู้ดูแลคนพิการจัดจำหน่ายสลากฯแทนคนพิการ

☐ คนพิการและผู้ดูแลคนพิการร่วมกันจัดจำหน่ายสลากฯ

๔.๘) ในกรณีที่ท่านได้รับการจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาล

☐ไม่ต้องการกู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

☐ต้องการกู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (โปรดระบุจำนวนเงิน).....-บาท (.....บาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

☐ ข้าพเจ้าอนุญาต ☐ ไม่อนุญาต ให้เปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานดังต่อไปนี้

☐ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

☐ สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล

☐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

☐ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

☐ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

☐ กระทรวงสาธารณสุข

☐ กระทรวงศึกษาธิการ

☐ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมการจัดหางาน และสำนักงานประกันสังคม=กระทรวงแรงงาน

☐ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)

ลงชื่อ..... ผู้อนุญาต