



ที่ สฎ ๐๐๐๕/๑๓๒๑

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง  
ของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
๓๙/๗ หมู่ที่ ๙ ต.ขุนทะเล อ.เมืองฯ  
จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๐๐

๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือดำเนินการสำรวจความต้องการของคนพิการในการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ  
เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี

- |                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. แบบสำรวจความต้องการของคนพิการในการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘       | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๒. แบบสำรวจผู้สนใจเข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการระดับพื้นฐาน พ.ศ. ๒๕๕๕ ประจำปี ๒๕๖๘ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และแก้ไขเพิ่มเติมกำหนดให้มีผู้ช่วยคนพิการ บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิตได้ ซึ่งคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติได้ออกระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีความต้องการให้ผู้ช่วยคนพิการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงบุคคลที่ประสงค์จะเป็นผู้ช่วยคนพิการเพิ่มขึ้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขอความร่วมมือมายังท่านประธานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

- สำรวจความต้องการของคนพิการในการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พร้อมบันทึกข้อมูลผ่านทาง Google sheets ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ (QR Code ๑)
  - สำรวจผู้สนใจเข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการระดับพื้นฐาน พ.ศ. ๒๕๕๕ ประจำปี ๒๕๖๘ พร้อมบันทึกข้อมูลผ่านทาง Google sheets ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ (QR Code ๒)
- โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดฯ จะรวบรวมข้อมูลนำเสนอกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อใช้ในการวางแผนและจัดสรรงบประมาณด้านการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการต่อไป และขอขอบคุณในความร่วมมือนมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางปุนณิกก์ ชื่นสุวรรณ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด  
โทร.๐ ๗๗๓๑ ๐๙๑๖



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒