



อบต. นายางลักษ์
เลขที่รับ ๒๕๕๗/๒๕๖๗
วันที่ ๑๙ ส.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๐๙:๕๕

ที่ ขย ๐๐๐๕/ว ๑๐๑๙๙

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ๓๖๐๐๐

สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำปี ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๑

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลนายางลักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. บัญชีรายชื่อลูกหนี้	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบตอบรับ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ โดยศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ
กำหนดจัดโครงการอบรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการประจำปี ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมการเข้าถึงการใช้บริการของ
กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในวันอังคารที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมจามจรี
โรงแรมสยามริเวอร์รีสอร์ท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ จึงขอความร่วมมือท่านมอบหมาย
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการ จำนวน ๑ คน และประสานเชิญคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จำนวน ๒ คน
เข้าร่วมโครงการ ฯ ตามวันและเวลาดังกล่าว โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ
เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ ได้แก่ ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม
และค่าพาหนะเดินทาง ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นขอให้เบิกจากต้นสังกัด และกรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ
ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ภายในวันจันทร์ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวฉันทิมา จันทร์ เคนเหลื่อม)

ว่าที่ ร.ต.

(สันทนา ศรีโพธิ์)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ

หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

(นายอนันต์เดช ไชยนิล)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนายางลักษ์

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ

โทรศัพท์ ๐ ๔๔๐๕ ๖๕๕๐ ต่อ ๑๐๓ หรือ ๑๐๕

โทรสาร ๐ ๔๔๐๕ ๖๕๕๔

นายบุญฤทธิ์ กิ่งโค

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

(นายวุฒิไกร ผิวขาว)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนายางลักษ์

เรียน นายก อบต.นายางลักษ์	๒๕๕๗/๒๕๖๗
- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา	
- ส่งเอกสาร	
<input checked="" type="checkbox"/> ส่งเอกสาร	
<input checked="" type="checkbox"/> กองส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ	
<input type="checkbox"/> กองสาธารณสุข	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	

กำหนดการ
โครงการอบรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗

วันที่ ๓,๔ และ ๕ กันยายน ๒๕๖๗

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๘.๔๕ น. | - | ลงทะเบียน |
| เวลา ๐๘.๔๕ – ๐๙.๐๐ น. | - | พิธีเปิดโครงการ โดย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๐๐ น. | - | บรรยายเรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของจังหวัดชัยภูมิ โดย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. | - | บรรยายเรื่อง บทบาทหน้าที่ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดย ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา ๑๑.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. | - | บรรยายเรื่อง “จากลูกหนี้กองทุน ฯ สู่อาชีพที่ยั่งยืน” โดย นายทศพร เลิศคอนสาร คนพิการที่ประสบความสำเร็จด้านการประกอบอาชีพ |
| เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. | - | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๔.๐๐ น. | - | บรรยายเรื่อง “รู้กฎหมาย ไร้ปัญหาหนี้” ทำอย่างไรดีเมื่อผิดนัดชำระโดนฟ้อง และได้รับหมายศาล โดย วิทยากร จาก สำนักงานอัยการคุ้มครองสิทธิและช่วยทางกฎหมายและการบังคับคดีจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. | - | บรรยายเรื่อง การให้บริการกู้ยืมเงินเพื่อการประกอบอาชีพคนพิการและผู้ดูแลคนพิการของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดย นิติกร จาก ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. | - | กิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจการแก้ไขปัญหาหนี้สินและปรับโครงสร้างหนี้ โดย นิติกร จาก ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ |
| | - | ปิดการอบรม |

หมายเหตุ : ๑. กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

๒. อาหารว่างและเครื่องดื่ม เข้าเวลา ๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น. และบ่ายเวลา ๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น.

รายงานข้อมูลทั่วไปของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จังหวัด : ชัยภูมิ

ลำดับที่	คำนำหน้าผู้กู้	ชื่อ-สกุล ผู้กู้	ประเภทผู้กู้	ประเภทความพิการ	ที่อยู่ผู้กู้	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
1	นางสาว	อมรรัตน์ เงินมาก	ผู้ดูแล	ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม	419	10	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
2	นาย	แป๊ะ มัดจัตร์ส	คนพิการ	ความพิการทางการเห็น	109	5	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
3	นาย	ไพโรจน์ ขาวดี	คนพิการ	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	28	15	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
4	นาย	จวบ มนะมะมัต	คนพิการ	ความพิการทางการเห็น	41	13	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
5	นาย	เฉลิมชัย คำราช	คนพิการ		306	2	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
6	นาย	ประจวบ แก้วพะเนาว์	คนพิการ	ความพิการทางการได้ยิน	114	7	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
7	นาย	มานน นพสันเตียะ	คนพิการ	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	27	2	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
8	นาย	วิฑูร ปัจจัย	คนพิการ	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	221	4	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
9	นาย	แพรม แผล่แก่น	คนพิการ	ความพิการทางการได้ยิน	124	1	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
10	นาย	สมหวัง ต้อยจัตร์ส	คนพิการ	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	107	16	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230
11	นาง	เสรี วันชัย	ผู้ดูแล	ความพิการทางสติปัญญา	159	2	นายนางหลัก	เทพสถิต	ชัยภูมิ	36230

หมายเหตุ : 1.คัดเลือกรายชื่อจากลำดับแรกก่อน หากไม่พบหรือไม่สามารถติดต่อได้ให้เลือกลำดับถัดลงไปจนถึงลำดับสุดท้าย

2.จำนวนรายชื่อเป็นไปตามหนังสือที่แจ้งมา

แบบตอบรับ

เข้าร่วมอบรมโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำปี ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๑

วันอังคารที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๗

ณ ห้องประชุมจามจุรี โรงแรมสยามริเวอร์รีสอร์ท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

หน่วยงาน.....

เจ้าหน้าที่ผู้ประสาน.....

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม

๑. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

๒. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

๓. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

๔. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

๕. นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

กรุณาส่งแบบตอบรับกลับ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ
ภายในวันวันจันทร์ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ ทางหมายเลข โทรสาร ๐-๔๔๐๕-๖๕๕๔ หรือ ทาง line



ผู้ประสานงาน ๑. นางสาวณัฏฐิภา รุ่งเรืองรัมย์ โทร ๐๙๔ ๒๘๓ ๙๘๒๐ , ๐ ๔๔๐๕ ๖๕๕๐ ต่อ ๑๐๕
๒. นางสาวสุรีมาศ กันหาเรียง โทร ๐๙๑ ๘๖๗ ๙๒๑๒ , ๐ ๔๔๐๕ ๖๕๕๐ ต่อ ๑๐๕
๓. นางสาวสุรียฉาย แสงสว่าง โทร ๐๖๒ ๑๙๕๘๘๙๐ , ๐ ๔๔๐๕ ๖๕๕๐ ต่อ ๑๐๕

หมายเหตุ ขอให้ผู้เข้าร่วมอบรมโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำปี ๒๕๖๗ เตรียมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรคนพิการ
มาพร้อมด้วยในวันประชุม