

(ส่งเฉพาะทางอินเทอร์เน็ตเท่านั้น)



เทศบาลตำบลอ่าวขนอม
เลขที่รับ..... 5990/๒1.....
วันที่รับ..... 17 ต.ค. 2561.....
เวลา..... 09.00..... น.

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๒๓

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล
เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๓๑๖๗
ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสานกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ สำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ได้นำไปพิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จึงขอความร่วมมือจังหวัดนครศรีธรรมราชประสานองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในการสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ข้างต้น จังหวัดนครศรีธรรมราชขอความร่วมมือให้องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเองตามแบบสำรวจ และรายงานให้จังหวัดทราบภายในวันศุกร์ที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ ทาง E-mail Address: mai.kaewrung@gmail.com เท่านั้น

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลอ่าวขนอม ซึ่งเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

- เพื่อโปรดทราบ

๑๖
17/10/61

(Signature)
พรหมพิชิต

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นายเดชากร แก่นเมือง)

(นายวิญญู สิทธิเชนทร์)

ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน รักษาการนายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติราชการแทน

หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

17 ต.ค. 61

(Signature)

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร.๐ ๗๕๓๕ ๖๑๔๔ ต่อ ๒๐ โทรสาร.ต่อ ๒๕
ผู้ประสานงาน : ญัฐพร แก้วรุ่ง โทร ๐๘-๗๘๓๖-๐๖๖๗

(นายรัชชัย ไชยเทพ)
ปลัดเทศบาลตำบลอ่าวขนอม
17 ต.ค. 61

(Signature)
(Signature)

(นายไมตรี พรหมพิชิต)

เลขที่	2427
วันที่	11 ต.ค. 2561
ชื่อ	
ตำแหน่ง	
ชื่อ	
ตำแหน่ง	



ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๓๐๖๓๗

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

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

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ว่า สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะ
จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสาน
กับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ
สำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลได้
นำไปใช้พิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป ในกรณีนี้ จึงขอความ
อนุเคราะห์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสำรวจและรับรองข้อมูล
คนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการ
จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง และรวบรวมข้อมูลนำส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการส่งเสริมอาชีพสำหรับคนพิการ
จึงขอให้จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจและรับรองข้อมูลคนพิการตามแบบสำรวจแล้วรวบรวม
ส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๒ ชุด ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ รายละเอียดปรากฏตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวี เสริมภักดีกุล)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น	
เลขที่รับ	5124
วันที่	11 ต.ค. 61
เวลา	

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น
ส่วนส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต
โทร. ๐-๒๒๕๑-๕๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๑ - ๔๑๓๕ โทรสาร. ต่อ ๔๑๐๓
ผู้ประสานงาน : วีรวรรณ ทองประดับ โทร. ๐๙-๒๕๓๗-๕๕๒๒



ที่ พม ๐๓๐๗/ ๕๔๐๓

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
 เลขรับ..... 48510
 วันที่ 26 ก.ย. 2561
 เวลา
 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 ๒๕๕ อาคาร ๒๐ ปี กรมประชาสงเคราะห์
 ถนนราชมังคลาภิเษก เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๑ กันยายน ๒๕๖๑

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

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีคาม
 สลากกินแบ่งรัฐบาล

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการรับการจัดสรรสลากฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้รับการประสานจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ได้จัดทำแบบสำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่มีความประสงค์จะจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง เพื่อนำผลการสำรวจความคิดเห็นจัดทำฐานข้อมูลและประสานกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนเงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพสำหรับคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการใช้บริการ และประสานงานกับสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ได้นำไปใช้ประโยชน์พิจารณาจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาลให้แก่ผู้พิการและผู้ดูแลคนพิการต่อไป นั้น

ในการนี้ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความอนุเคราะห์ท่านประสานงานกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา) พิจารณาส่งและรับรองข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการทั้งประชากรหลักและประชากรแฝงในพื้นที่ที่มีความประสงค์และมีความพร้อมในการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลด้วยตนเอง (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

(นางณัฐอร อินทร์ศิริ)

ผู้อำนวยการกองกองทุนและส่งเสริมความเสมอภาคคนพิการ รักษาการแทน
 อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สพศ.
 เลขรับ..... 1060
 วันที่ ๒๗ ก.ย. ๒๕๖๑
 เวลา..... 10.๐๑

สำรวจข้อมูลคนพิการและผู้ดูแลคนพิการที่ต้องการรับการจัดสรรสลากกินแบ่งรัฐบาล
คำชี้แจง

การสำรวจข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการด้านแรงงาน
โปรดแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงอันจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการให้
ก้าวหน้าและมีประโยชน์แก่คนพิการมากยิ่งขึ้น และเพื่อช่วยแก้ปัญหาการจำหน่ายรัฐบาลเกินราคา ตลอดจน
ทำให้ผู้ขาย 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 อื่นๆ 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.....อีเมล.....

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 แต่ไม่นับเบี้ย
 ความพิการ/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 (กรณีที่สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลจัดพิมพ์สลากกาแบบรวมชุด)

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

- ข้าพเจ้านุญาต ไม่อนุญาต ให้เปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานดังต่อไปนี้
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)
- สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงศึกษาธิการ
- กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมการจัดหางาน และสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน
- ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการหัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)

ลงชื่อ..... ผู้อนุญาต