

<input type="checkbox"/> สำนักบริหาร	<input type="checkbox"/> กองคลัง
<input type="checkbox"/> กองช่าง	<input checked="" type="checkbox"/> กองการศึกษา
<input type="checkbox"/> กองการช่าง	<input type="checkbox"/> กองการช่าง



เทศบาลตำบลบ้านแพนน
ที่ 1319
27 พ.ค. 2567
สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ 51.35 ถนนเชียงใหม่-ฮอด ชม ๕๐๒๓๐

28 พ.ค. 2567 14.๐๐

๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

กวดวิชา 490

28 พ.ค. 2567

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์การขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษมูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค้การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ชม ๐๐๒๓.๗/ว ๔๑๒ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอหางดงได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ว่า ศูนย์ประสานงานมูลนิธิคุณพุ่ม ได้ดำเนินการเกี่ยวกับทุนการศึกษา มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเด็กและเยาวชนพิการให้ตรงตามความจำเป็นเฉพาะบุคคล มูลค่าทุนละ ๕,๐๐๐ บาท ให้กับศูนย์การศึกษาพิเศษ และให้ทางศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๘ จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาและจัดสรรทุนการศึกษาให้กับเด็กพิการ ในปีการศึกษา ๒๕๖๗

ในการนี้ จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์โรงเรียนในสังกัดที่มีความประสงค์ที่จะขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ โดยสามารถส่งแบบขอรับทุนการศึกษาหรือสมัครได้ด้วยตนเองที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๘ ภายในวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญชนะ มรกตวิจิตรการ)

ท้องถิ่นอำเภอหางดง

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอหางดง

(ศูนย์ปฏิบัติการร่วมในการช่วยเหลือประชาชนฯ)

โทร/โทรสาร ๐-๕๓๔๒-๖๘๓๙

E-mail: bangdonglo5๑๓๐@gmail.com



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๘ จังหวัดเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตัวศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๘ โดยได้รับหนังสือจากมูลนิธิคุณพุ่ม ที่ นพ. ๐๐๑/๒๕
ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๗ เรื่อง การดำเนินการรับสมัครทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗
เกณฑ์การพิจารณาจัดสรรทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ มีดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ขอรับทุน

๑. เป็นคนสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย
๒. เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ/หรือมีหนังสือรับรองความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐ
๓. อายุไม่เกิน ๑๕ ปี บริบูรณ์
๔. มีความพิการรุนแรง
๕. มีฐานะยากจน
๖. เรียนอยู่ในสถานศึกษาของรัฐและเอกชน
๗. มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่

๒. หลักฐานในการสมัครขอรับทุนคุณพุ่ม

- | | |
|--|-------------|
| ๑. สำเนาหนังสือมอบอำนาจของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สำเนาสูติบัตรของผู้ขอรับทุน/หรือสำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับทุน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง (ส่วนที่ ๓) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๖. สำเนาบัตรคนพิการ/หนังสือรับรองความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๗. รูปถ่ายขนาด ๓ นิ้ว | จำนวน ๑ ชุด |

๓. วิธี เวลา และสถานที่รับสมัคร

ขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครพร้อมแบบเอกสารขอรับทุนเพื่อพิจารณา ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗
จนถึงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ น. ถึง เวลา ๑๖.๓๐ น. ในวันและเวลาราชการ
ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๘ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นต้นไป

๔.เกณฑ์การพิจารณาสิ่งนี้

- ๔.๑ พิจารณาเด็กออทิสติกชนิดรุนแรงและยากจนมากเป็นอันดับแรก และเด็กพิการประเภทอื่นเป็นลำดับต่อไป
- ๔.๒ ผู้ขอรับทุนจะต้องมีสมุดประจำตัวคนพิการ (ที่อ้างไม่หมดอายุ) / หนังสือรับรองความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐ
- ๔.๓ ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเขียนใบสมัครขอรับทุนการศึกษา (กรณาสติครูปถำยมาคือย) และแนบเอกสารที่ระบุไว้หรือรับรองสำเนาถูกต้อง และกรอกข้อมูลทุกช่องตามความจริง
- ๔.๔ กรณีที่เคยได้รับทุนการศึกษา จะพิจารณาจากผลการให้ทุนการศึกษาสมุดรายงานและสิ้นทุนในการใช้จ่ายตรงตามวัตถุประสงค์และผู้ขอรับทุนมีพัฒนาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายสมชาย ชเนียงนะ)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๘ จังหวัดเชียงใหม่

แบบจอบัณฑิตทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิอุทกพัฒน์ ปีการศึกษา 2567

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษของบัณฑิตทุนการศึกษา

- กลุ่ม เด็กที่เรียนในระบบ เด็กในภาคเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
 เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องจากข้อจำกัดทางการแพทย์

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

- การมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา ร่างกาย ปัญหาการเรียนรู้(LE) การพูดและภาษา
 พฤติกรรมและอารมณ์ ออทิสติก อีการซ้อน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บัณฑิตทุนการศึกษา

1.1 ชื่อ(ต.ช./ต.ช./นาย/นาง).....นามสกุล.....
วันที่เกิด.....เดือน.....ปี.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....

1.2 ชื่อสถานศึกษา.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นของตนเอง เช่า บ้านพักหน่วยงาน อาศัยผู้อื่น ไม่มีที่อยู่
1.3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

1.3.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ที่อยู่บิดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

1.4 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

1.5 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ บิดามารดามารดาขณะนี้ สมรส อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน แยกกันอยู่ หย่าร้าง

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีชีวิต/มารดา คือ บิด มารดา อื่นๆ(ระบุ).....
ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ฉันขอแจ้งการรับทุน ในปีการศึกษา 2567 นี้ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในข่ายการรับทุนจากรายอื่น และขอรับรองว่าข้อมูล
ดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรอง

1. หนังสือรับรองจากชุมชนหรือผู้ที่น่าเชื่อถือ (ประธานชุมชน/ข้าราชการ/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานชมรมหมั่นทึบหรือชมรมผู้ปกครองที่สมาคมแห่งชาติสมาคมความพิการรับรอง)

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าครอบครัวผู้ขอรับทุนประสบปัญหาความเดือดร้อน คือ.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่...../...../.....

2. หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาซึ่งในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนและผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง
(ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว/ตอ.สถานศึกษา/ผอ.ศูนย์การศึกษาพิเศษ)

(ส่วนของผู้รับทุน)

ยื่นเรื่องวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานที่รับสมัคร.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....
โทรศัพท์.....

ลงนามที่บ้านโดยผู้ขอรับ

