



- พร.
- สำนักปลัดเทศบาล
 - กองคลัง
 - กองช่าง
 - กองสาธารณสุข

เทศบาลตำบลวังศาลา
 เลขที่รับ 3623 บ3
 14 ก.พ. 2563
 จ.วันที่..... น.

ที่ กจ ๐๐๐๕/๑๔๒๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 จังหวัดกาญจนบุรี ต.ปากแพรก อ.เมือง กจ ๗๑๐๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรถสามล้อโยกสำหรับคนพิการ

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองกาญจนบุรี นายกเทศมนตรีเมืองปากแพรก นายกเทศมนตรีเมืองท่าเรือพระแท่น
 นายกเทศมนตรีตำบลทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล และโรงพยาบาลทุกแห่ง

- | | | | | |
|------------------|--|-------|---|-----|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. แบบสอบถามเท็จจริงขอรถสามล้อโยกฯ (QR CODE) | จำนวน | ๑ | ชุด |
| | ๒. แนวทางการสนับสนุนกายอุปกรณ์ (QR CODE) | จำนวน | ๑ | ชุด |

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี ได้รับงบประมาณ
 จากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามโครงการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิคนพิการ งบเงินอุดหนุน
 ค่ากายอุปกรณ์สำหรับคนพิการ (รถสามล้อโยกสำหรับคนพิการ) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยคนพิการ
 ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย สามารถยื่นคำร้องขอรถสามล้อโยกฯ เพื่อให้สามารถ
 ดำรงชีวิตประจำวันได้ ภายในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี จึงขอความ
 ร่วมมือมายังหน่วยงานของท่าน สืบหาความต้องการกรณีคนพิการมีความประสงค์ต้องการรถสามล้อโยกฯ
 และส่งรายชื่อมายังสำนักงานพัฒนาสังคมฯ ตามวัน เวลา ที่กำหนด (รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

พิมพ์ หัวหน้าสำนักปลัด

- ติดต่อไม่รอดทราบเลขที่กรมฯ
- พมจ.กาญจนบุรี ขอความช่วยเหลือ

พิจารณาความต้องการรถสามล้อโยกฯ
 รถสามล้อโยกฯ และ ส่งรายชื่อมาขอพิมพ์
 ๒๖/๑๒/๒๕๖๓ ตามที่ส่งมาด้วย

วิหิต
 15 ธ.ค. 63

ขอแสดงความนับถือ

(นายบรรณรัตน์ เก่งกลีจิก)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

เรียน นายก อบจ.กาญจนบุรี

- info ปากแพรก

(นางสร้อยทอง ตาลสกุล)

นักวิชาการศึกษาชำนาญการ / พ.น.น.ป.

15 ธ.ค. 63

- เน้นตรวจสอบความเรียบร้อย คนพิการ
 ภายในเขตตำบลวังศาลา. ขอสงวนสิทธิ์
 ให้เป็นไปตามที่ส่งมาด้วย ก่อไป.

กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดกาญจนบุรี

โทร. (๐๓๔) ๕๑๑๗๕ ต่อ ๓

โทรสาร (๐๓๔) ๕๑๑๗๕ ต่อ ๖

นายทินวัฒน์ โพธิ์สุวรรณ ผู้ประสาน ๐๘๐ - ๕๘๘๒๖๕๘

อนเนตส่งนี้แทน

11/2/2563
 ทนท.ค.อ.

(นายปรีชา บัวบาน)

นายกเทศมนตรีตำบลวังศาลา

QR CODE เอกสารแนบ



แบบสอบถามที่แท้จริงผู้รับบริการทางสังคม กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



แนวทางการสนับสนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ
ตามโครงการจัดบริการสวัสดิการเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564



ศูนย์บริการคนพิการ
Disability Services Center (DSC)

แบบสอบถามเท็จจริงผู้รับบริการทางสังคม
กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

Walk in / ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรวจ ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง..... เดือน..... พ.ศ.

เงินสงเคราะห์ รถโยก รถเข็นนั่ง เข้ารับการดูแลในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ.....

๑. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ

ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับบริการ) ด.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประชาชน -

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ. อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ตนเอง ญาติ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน
 หม้าย อื่นๆ (ระบุ).....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อผ่านชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์.....

ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ/และได้รับการอุปการะค่าใช้จ่ายจาก.....

ประกอบอาชีพ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ย.....บาท ต่อ วัน / เดือน / ปี

ลักษณะที่อยู่อาศัย

บ้านของตนเอง บ้านเช่า บ้านของบิดามารดา/ญาติ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

เช่าที่บุคคลอื่น.....บาท/เดือน อื่นๆ (ระบุ).....

/ สภาพที่อยู่อาศัย...

สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

.....

๒. ผู้ร้องขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

๓. ลักษณะความพิการ

- ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
- จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....
- พิการทางการเห็น พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการทางสติปัญญา พิการทางการเรียนรู้ พิการออทิสติก
 - พิการซ้ำซ้อน

ลักษณะความพิการ.....

โรคประจำตัว (ระบุ).....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ- นามสกุล	อายุ	ความเกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

หนี้สินในระบบ.....บาท หนี้สินนอกระบบ.....บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อเดือน

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้ ไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

๕. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่ เห็นสมควรให้ความช่วยเหลือ คือ

- เงินสงเคราะห์ฯ คนพิการ จำนวนบาท รถโยก.....คัน รถเข็น.....คัน
- เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ อื่นๆ ระบุ.....

๖. ประวัติการได้รับการช่วยเหลือ/สวัสดิการ

.....
.....
.....

๗. ปัญหาความเดือดร้อน

.....
.....
.....
.....
.....

๘. ความช่วยเหลือที่ต้องการและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ต้องการ	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
ด้านการเงิน	ด้านการเงิน
ด้านสิ่งของ	ด้านสิ่งของ
ด้านอื่นๆ	ด้านอื่นๆ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์/ข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่/นักสังคมสงเคราะห์
ความเห็นของเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

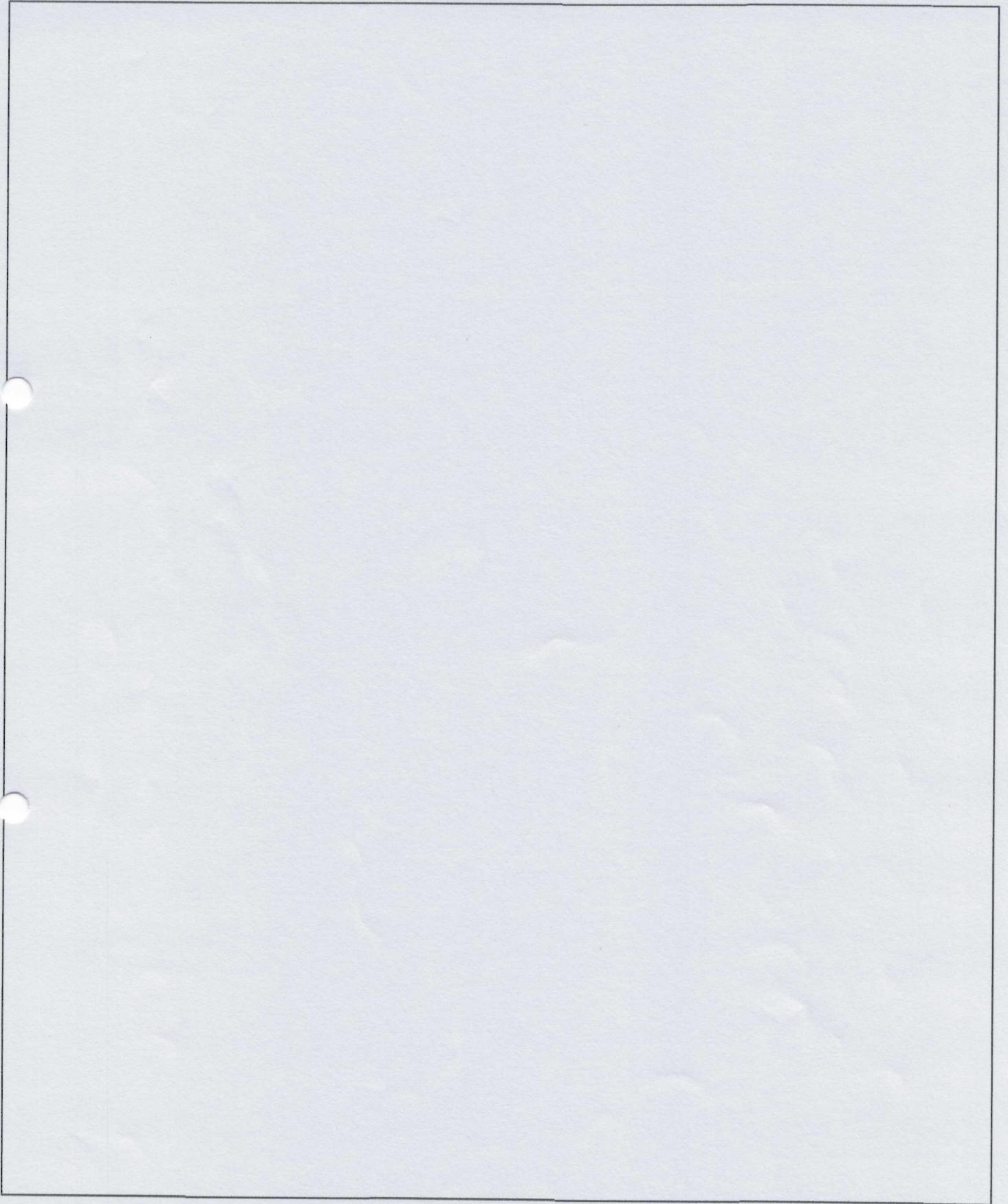
ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ : ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
ผู้ขอรับบริการ/ผู้ยื่นเรื่องแทน/ผู้รับเงิน : ต้องเป็นบุคคลคนเดียว

แผนที่โดยสังเขป



แนวทางการสนับสนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
และสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ ตามโครงการจัดบริการสวัสดิการเงินสงเคราะห์และ
ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในชุมชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนให้
ศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด 76 จังหวัด ดำเนินการแทน จำนวน 2 กิจกรรมดังนี้

1. การสงเคราะห์คนพิการ กรณีประสบปัญหาด้านการครองชีพ

คนพิการที่จดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ซึ่งประสบปัญหาความเดือดร้อน เนื่องจากอยู่ตาม
ลำพังไม่มีผู้อุปการะ ครอบครัวขัดสนขาดแคลน หรือ ครอบครัวประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น หัวหน้า
ครอบครัวเจ็บป่วย พิการ ตกงาน ทำให้มีผลกระทบต่อความเสี่ยงดูคนพิการ

แนวทางการช่วยเหลือ

การดำเนินงานสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
ให้ดำเนินการตามหลักสังคมสงเคราะห์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนพิการ ว่าด้วยเงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2558

เอกสารประกอบการขอรับบริการ

1. กรณีคนพิการยื่นเรื่องขอรับบริการด้วยตนเอง

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน

2. กรณีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลยื่นเรื่องแทนคนพิการนอกจากเอกสารตามข้อ 1 ให้เพิ่ม

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำร้อง

งบประมาณ

จากเงินงบประมาณของ พก. อุดหนุนให้จังหวัดดำเนินการแทน ในพื้นที่ 76 จังหวัด
รวมเป็นเงิน 16,535,000.- บาท (สิบหกล้านห้าแสนสามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากแผนงาน :
ยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม ผลผลิต/โครงการ : โครงการพัฒนาศักยภาพ คู่ครองและพี่ที่กษ
สิทธิคนพิการ กิจกรรมหลัก : ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิคนพิการ กิจกรรมที่ 1 : เงินสงเคราะห์และฟื้นฟู
สมรรถภาพคนพิการ

ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาสที่ 1, 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

หมายเหตุ

- กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่มีประชากรคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการในพื้นที่
แต่ละจังหวัด และจำนวนคนพิการที่ได้รับสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐและมีรายได้ต่ำกว่า 30,000.- บาท
(สามหมื่นบาทถ้วน) โอนจัดสรรลงจังหวัดๆ ละ 254,000.- บาท (สองแสนห้าหมื่นสี่พันบาทถ้วน)
จำนวน 37 จังหวัด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 9,398,000.- บาท (เก้าล้านสามแสนเก้าหมื่นแปดพันบาทถ้วน)
- กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่มีประชากรคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการในพื้นที่
แต่ละจังหวัด และจำนวนคนพิการที่ได้รับสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐและมีรายได้สูงกว่า 30,000.- บาท

(สามหมื่นบาทถ้วน) โอนจัดสรรลงจังหวัดๆ ละ 183,000.- บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นสามพันบาทถ้วน) จำนวน 39 จังหวัด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 7,137,000.- บาท (เจ็ดล้านหนึ่งแสนสามหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)

2. การสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ (รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ)

คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ/อุปกรณ์ อำนวยความสะดวกที่สามารถเบิกได้ตามระเบียบเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จัดสรรงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2564

แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. พก. โอนเงินจัดสรรให้จังหวัด
2. จังหวัดดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการในพื้นที่ หรือคนพิการที่มายื่นเรื่องขอรับบริการยังศูนย์บริการคนพิการ ที่มีความจำเป็นต้องใช้รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ
3. จังหวัดขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
4. มอบรถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการ
5. รายงานผลคนพิการที่ได้รับมอบรถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการไปยังส่วนกลาง

เอกสารประกอบการขอรับบริการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์ (ระบุว่าสามารถใช้รถสามล้อชนิดมือโยกสำหรับคนพิการได้)
4. รูปถ่ายเต็มตัว 1 รูป

งบประมาณ

จากเงินงบประมาณของ พก. อุดหนุนให้จังหวัดดำเนินการแทน ในพื้นที่ 76 จังหวัด รวมเป็นเงิน 10,871,000.- บาท (สิบล้านแปดแสนเจ็ดหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากแผนงาน : ยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม ผลผลิต/โครงการ : โครงการพัฒนาศักยภาพ คู่ครองและพิทักษ์สิทธิคนพิการ กิจกรรมหลัก : ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิคนพิการ กิจกรรมที่ 2 : ค่ากายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ

ระยะเวลาดำเนินการ ไตรมาสที่ 1 , 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

หมายเหตุ

- กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่ประชากรมีประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ตั้งแต่ 20,000 คน ขึ้นไป จำนวน 9 จังหวัดๆ ละ 210,000.- บาท (สองแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,890,000.- บาท (หนึ่งล้านแปดแสนเก้าหมื่นบาทถ้วน)
- กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่ประชากรมีประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย น้อยกว่า 20,000 คน จำนวน 46 จังหวัดๆ ละ 140,000.- บาท (หนึ่งแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 6,440,000.- บาท (หกล้านสี่แสนสี่หมื่นบาทถ้วน)
- กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่แจ้งความประสงค์ขอรับการสนับสนุนค่ากายอุปกรณ์เท่าที่จำเป็น จำนวน 12 จังหวัด จังหวัดละ 70,000.- บาท (เจ็ดหมื่นบาทถ้วน) จำนวน 8 จังหวัด จังหวัดละ 126,000.-

บาท จำนวน 3 จังหวัด และจังหวัดละ 343,000.- บาท (สามแสนสี่หมื่นสามพันบาทถ้วน) จำนวน 1 จังหวัด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,281,000.- บาท (หนึ่งล้านสองแสนแปดหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

- กลุ่มที่ 4 จังหวัดที่ประสบอุทกภัย ภัยธรรมชาติ จำนวน 6 จังหวัด จังหวัด 350,000.- บาท (สามแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) จำนวน 1 จังหวัด จังหวัดละ 182,000.- บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นสองพันบาทถ้วน) จำนวน 5 จังหวัด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,260,000.- บาท (หนึ่งล้านสองแสนหกหมื่นบาทถ้วน)

- กลุ่มที่ 4 จังหวัดที่แจ้งความประสงค์ ไม่ขอรับการสนับสนุนค่ากายอุปกรณ์ จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต และระนอง ปิดตามี

การรายงานผลการดำเนินงาน รายไตรมาส

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

คนพิการที่ประสบปัญหาได้รับความช่วยเหลือและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

➤ กฎ ระเบียบ ข้อกำหนด ข้อบังคับ :

1. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
2. ระเบียบกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ว่าด้วยเงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2558
3. ระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยมาตรการทางบริหารสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2561
4. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะ ประเภท รายการ และอัตราเงินค่าใช้จ่ายในการจัดให้มีรถสามล้อชนิดมือโยก ลงวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2559
5. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ให้อยกเว้นการใช้บังคับระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าด้วยมาตรการทางบริหารสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2561 บางข้อ

➤ สอบถาม/ขอรับได้ที่

- นางลำไย ท่าไม้ต้น ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร
เบอร์โทร 0 65 504 1503 e-mail dsc_data@hotmail.com
- นางสาวพรชนก บุญโพธิ์แก้ว นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ
เบอร์โทร 0 98 560 9715 e-mail dsc_data@hotmail.com
- ว่าที่ร้อยตรีสัญญา สุจินดานุพงศ์ นักพัฒนาสังคม
เบอร์โทร 0 83 886 9201 e-mail dsc_data@hotmail.com

กลุ่มงานศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ (ทก.)
โทร. 0 2354 3388 ต่อ 704 และ โทรสาร 0 2354 5023
