



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส
 เลขรับที่ ๑๒๑/๒๕๖๒
 วันที่ 13 มี.ย. 2562
 เวลา ๐๙.๐๓๕.

ที่ พม ๐๗๐๗.๒๕๖๒๐๓๒๓

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง
 ๕๐ หมู่ ๗ ตำบลทรงคนอง อำเภอพระประแดง
 จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครคนพิการเข้ารับการฝึกอาชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ จำนวน ๒ ฉบับ
 ๒. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ จำนวน ๒ ฉบับ

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ สังกัดกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพคนพิการ โดยการฝึกอาชีพเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการให้มีความรู้และทักษะด้านอาชีพ ตลอดจนทักษะด้านการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓) ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ กำหนดรับสมัครคนพิการ อายุระหว่าง ๑๕ - ๔๐ ปี ที่มีลักษณะความพิการ ๖ ประเภท ได้แก่ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้และความพิการทางออทิสติก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และความพิการไม่ใช่อุปสรรคต่อการฝึกอาชีพ ไม่ติดสารเสพติด ไม่เป็นโรคเรื้อรังและโรคติดต่อร้ายแรง เข้ารับการฝึกอาชีพโดยมีหลักสูตรการเรียนการสอนจำนวน ๔ หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรคอมพิวเตอร์ หลักสูตรอิเล็กทรอนิกส์ หลักสูตรช่างเย็บหนัง และหลักสูตรตัดเย็บเสื้อผ้า รวมทั้งดูแลด้านปัจจัยสี่ระหว่างที่ฝึกอาชีพตามหลักสูตร ซึ่งทางศูนย์ฯ จะมีการประเมินผู้ฝึกาก่อนรับเข้าฝึกอาชีพ สำหรับหลักสูตรคอมพิวเตอร์ต้องมีความรู้ขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ม.๓)

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับสมัครคนพิการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยสามารถสอบถามรายละเอียดการรับสมัครเพิ่มเติม ได้ที่กลุ่มพัฒนาทักษะชีวิต โทร ๐๒ ๔๖๒ ๕๐๐๘ ต่อ ๑๐๓ หรือนางสาวจันทมาศ ร่วมสุขสมสกุล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาทักษะชีวิต โทร. ๐๘ ๘๐๒๐ ๐๘๒๔

เรียน ปลัด/นายกอบต.หนองน้ำใส

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อไปประชาสัมพันธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

จิราพร อรุณพลทรัพย์

(นายบัณฑิต ผลาหาญ)

(นางสาวจิราพร อรุณพลทรัพย์) ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน
 ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพ

และอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

(นายบัณฑิต ผลาหาญ)

ผู้อำนวยการกองช่าง
 รักษาการแทนปลัด ปฏิบัติหน้าที่
 นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

(ลงชื่อ).....ผู้รับ
 (นางสาวจันทมาศ ร่วมสุขสมสกุล)
 หัวหน้างานธุรการปฏิบัติงาน

- 11๖๖ น.บ. ๐๗๐๗/๒๕๖๒
 ๒๓-๕ มี.ย. ๖๒
 ป.๕
 โทร. ๐ ๒๔๖๒ ๕๐๐๘ ต่อ ๑๐๓
 โทรสาร. ๐ ๒๔๖๒ ๖๖๓๖
 หัวหน้าสำนักปลัด

14 มี.ย. 62

14 มี.ย. 62

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

สมัครที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร..... อายุ..... ปี ศาสนา.....
2. ลักษณะความพิการ (โดยละเอียด).....
3. ชื่อบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการ.....
อายุ..... ปี ความสัมพันธ์..... อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
เบอร์โทรศัพท์.....
4. ชื่อสามี/ภรรยา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก / ซอย.....
แขวง / ตำบล..... เขต / อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
6. ประสบการณ์การประกอบอาชีพ มีประสบการณ์ทำงาน ระบุ.....
 ไม่มีประสบการณ์การทำงาน
7. สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอาชีพ.....
8. สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ (โปรดระบุสาขาวิชาชีพและศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการที่สมัคร)
8.1.....
8.2.....
8.3.....
9. หลักฐานการสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ
9.1 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน.....รูป
9.2 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....รูป
9.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน.....ใบ
9.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน.....ใบ
9.5 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน.....ใบ
9.6 สำเนาหลักฐานการศึกษาหรือหนังสือรับรองอื่น ๆ จำนวน.....ใบ
9.7 ใบรับรองแพทย์
9.8 อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

ส่วนนี้สำหรับผู้จัดบันทึก

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

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

(ลงชื่อ).....ผู้วินิจฉัย

(.....)

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

สมัครที่.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ.....

1. ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร..... อายุ..... ปี ศาสนา.....
2. ลักษณะความพิการ (โดยละเอียด).....
3. ชื่อบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการ.....
อายุ..... ปี ความสัมพันธ์..... อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
เบอร์โทรศัพท์.....
4. ชื่อสามี/ภรรยา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก / ซอย.....
แขวง / ตำบล..... เขต / อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
6. ประสบการณ์การประกอบอาชีพ มีประสบการณ์ทำงาน ระบุ.....
 ไม่มีประสบการณ์การทำงาน
7. สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอาชีพ.....
8. สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ (โปรดระบุสาขาวิชาชีพและศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการที่สมัคร)
8.1.....
8.2.....
8.3.....
9. หลักฐานการสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ
9.1 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน..... รูป
9.2 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการ จำนวน..... รูป
9.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน..... ใบ
9.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน..... ใบ
9.5 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน..... ใบ
9.6 สำเนาหลักฐานการศึกษาหรือหนังสือรับรองอื่น ๆ จำนวน..... ใบ
9.7 ใบรับรองแพทย์
9.8 อื่น ๆ

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

ส่วนนี้สำหรับผู้จัดบันทึก

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

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

(ลงชื่อ)..... ผู้วินิจฉัย

(.....)