(สำเนาเพื่อทราบ)

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๖๑

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการ

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๓๑๐/ว ๕๐๒ ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดและส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาในลักษณะศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มและเตรียมความพร้อมคนพิการเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษาพัฒนาฝึกอบรมผู้ดูแลคนพิการและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดระบบและส่งเสริมสนับสนุนการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ให้บริการเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ในการนี้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช ขอความร่วมมือจังหวัดนครศรีธรรมราชประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลพื้นฐานเด็กพิการในชุมชน (อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์) เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงการรับบริการได้สะดวก รวดเร็ว อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ข้างต้น สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราชขอความร่วมมือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการและรายงานให้จังหวัดทราบภายในวันศุกร์ที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราโมทย์ ศรีวิลุทธิ์)
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

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

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
เลขที่รับ 1301
วันที่ 29 พ.ย. 61

ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๓๑๐/ว๕๐๒

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช
๑๓๒ หมู่ที่ ๓ ตำบลนาสาร อำเภอพระพรหม
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

15205
29 พ.ย. 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการ

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลคนพิการรายใหม่ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดและส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาในลักษณะศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มและเตรียมความพร้อมคนพิการเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษา พัฒนาฝึกอบรมผู้ดูแลคนพิการและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดระบบและส่งเสริมสนับสนุนการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ให้บริการเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา จัดระบบบริการช่วงเชื่อมต่อสำหรับคนพิการ ส่งเสริมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนด้วยกระบวนการทางการศึกษา เป็นศูนย์ข้อมูลรวมทั้งจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการศึกษา สนับสนุนการจัดการเรียนรวม ประสานงานการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการในจังหวัด และปฏิบัติภาระหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามที่ได้รับมอบหมาย แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการให้บริการและจำนวนคนพิการซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ทำให้การบริการไม่ครอบคลุมทั่วถึง

ทั้งนี้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่านในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเด็กพิการในชุมชน เพื่อให้คนพิการได้เข้าถึงการรับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้สะดวก รวดเร็ว อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ ความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ บรรจงการ)
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มบริหารงานวิชาการ
โทรศัพท์,โทรสาร ๐๗๕ - ๓๗๘๙๑๕
http:// www.nakhonsispecial.ac.th
E-mail: nakhonsisec@hotmail.com

**แบบสำรวจข้อมูลคนพิการรายใหม่ ประจำปีการศึกษา.....**

เพื่อจัดทำฐานข้อมูลในการให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษา

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

1. ชื่อ – สกุล นาย/นางสาว//ด.ช./ด.ญ.....ชื่อเล่น.....

วัน/เดือน/ปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

2.ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....ชื่อบ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

3. ชื่อ – สกุล บิดา.....อาชีพ.....เบอร์โทร.....

4. ชื่อ – สกุล มารดา.....อาชีพ.....เบอร์โทร.....

5. ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลความพิการ.....เบอร์โทร.....

**ส่วนที่ 2 สภาพครอบครัว หรือ ชุมชน**

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้สำรวจข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

<u>หมายเหตุ</u>

**ประเภทความพิการ**

1. พิการทางการเห็น 2. พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3. พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. พิการจิตใจหรือพฤติกรรม 5. พิการทางสติปัญญา 6. พิการทางการเรียนรู้ 7. พิการทางการออทิสติก

: กรุณาติดต่อกลับมายังศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช

หน่วยบริการ.....เบอร์โทร.....เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา