

ด่วนมาก

ที่ ศธ 521005/ 763



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 2	
ที่ 5763	วันที่ 2-9 พ.ค. 2568
☒ อำนวยการ	☐ ส่งเสริมการศึกษา
☐ บริหารงานและส่งเสริมทั่วไป	☐ นิเทศ
☐ ข้าราชการครู	☐ ตรวจสอบภายใน
☐ สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น	
☐ โทร 425 หมู่ที่ 2 ถนนมะลิวัลย์	

ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น 40000

28 พฤษภาคม 2568

เรื่อง การช่วยเหลือครูและบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นสมาชิก ข.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการฯ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจะดำเนินโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ ซึ่งจะมอบเงินช่วยเหลือจำนวน 2,000 บาท ให้แก่สมาชิก ข.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ ดังนี้

1. ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการฯ ให้บุคลากรในสังกัดของท่านทั้งในประจำการและนอกประจำการซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ ที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือ 2,000 บาท สามารถยื่นแบบคำขอเข้าร่วมและรับเงิน (คชค.1) ได้ที่สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2568 ในวันและเวลาราชการ หรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติม โทร 06 2604 0693

2. กรณีที่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ให้ผู้แทนหรือผู้รับมอบอำนาจตามแบบหนังสือมอบอำนาจ (คชค.2) เพื่อดำเนินการแทนได้ หากเป็นผู้ป่วยติดเตียง สามารถใช้แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ (คชค.3) สำหรับผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรอง ในส่วนของผู้พิการให้ใช้บัตรผู้พิการแนบประกอบการพิจารณา อนึ่ง การจ่ายเงินช่วยเหลือจะจ่ายเป็นเงินโอน ขอให้แนบหลักฐานหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับมอบอำนาจก็ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดของท่านทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุภาพร ม่วงสุข)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดขอนแก่น

โทร. 0 4325 5293 ต่อ 13 หรือ 06 2604 0693

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ khonkaen@otep.go.th

“เรียนดี มีความสุข”



ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) พ.ศ. ๒๕๖๘

เพื่อให้การจัดสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
“โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ”
แต่ละปีงบประมาณให้เป็นไปตามกรอบวงเงินงบประมาณที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗๒ (๒) ประกอบมาตรา ๗๑ แห่งพระราชบัญญัติสภาครู
และบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๖ จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและ
สวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและ
สิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับนับถัดจากวันลงนาม

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ
บุคลากรทางการศึกษา

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา

“คณะกรรมการ สกสค.จังหวัด” หมายความว่า คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิ
ภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัด

“สำนักงาน สกสค.จังหวัด” หมายความว่า สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ
บุคลากรทางการศึกษาจังหวัด และให้หมายความรวมถึงสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ
บุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัด และให้หมายความรวมถึงผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและ
สวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร

“โครงการ” หมายความว่า โครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครู
และบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)

“ผู้ป่วยติดเตียง” หมายความว่า ผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา
และไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เช่นคนปกติ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย

“ผู้พิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา และการเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด

“ผู้เข้าร่วมโครงการ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาทั้งในประจำการและนอกประจำการ ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้อง ผู้พิการ และเป็นสมาชิก ข.พ.ค.

“ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา” หมายความว่า ครู ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา และบุคลากรทางการศึกษาอื่น ตามความในพระราชบัญญัติสภาครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๖

“ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา” หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานอื่นในหน่วยงานทางการศึกษาหรือหน่วยงานด้านการศึกษา หรือเกี่ยวกับการให้การศึกษ หรือสนับสนุนและบริการเกี่ยวกับการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชนและให้รวมถึงลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน

“สมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า สมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

ข้อ ๔ เลขธิการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจพิจารณา วินิจฉัยปัญหาอันเกิดจากการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ทั้งนี้ ให้คำวินิจฉัยของเลขธิการเป็นที่สุด และมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

(๑) พิจารณานุมัติให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับเงินตามระเบียบนี้ภายในวงเงินที่ได้รับการจัดสรร

(๒) การพิจารณานุมัติตาม (๑) ให้คำนึงถึงวงเงินที่ได้รับการจัดสรรก่อนว่ามีเพียงพอที่จะดำเนินการหรือไม่ หากวงเงินที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ เลขธิการอาจไม่รับพิจารณาคำขอเข้าร่วมโครงการก็ได้

ข้อ ๕ การดำเนินโครงการฯ ให้สำนักพิทักษ์สวัสดิภาพครู ดำเนินการดังนี้

(๑) รวบรวมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ ตามที่สำนักงาน สกสค.จังหวัด เสนอ

(๒) จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อเสนอขอรับงบประมาณ

(๓) เมื่อได้รับจัดสรรงบประมาณแล้ว ให้พิจารณาการช่วยเหลือจากรายชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการฯ โดยกำหนดเป็นอัตราส่วนผู้เกี่ยวข้อง ๒ ส่วน ผู้พิการ ๑ ส่วน

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้อง มีรายชื่อจำนวนน้อยกว่าตามที่กำหนดไว้ในวรรคแรก (๓)ให้นำรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นผู้พิการมาพิจารณาจัดสรรให้ครบจำนวนตามวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ทั้งนี้ การพิจารณารายชื่อผู้พิการให้คำนึงถึงลำดับความร้ายแรงของประเภทผู้พิการ ๑ - ๗

(๔) ดำเนินการโอนงบประมาณสนับสนุนให้แก่สำนักงาน สกสค.จังหวัด ตามจำนวนรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการพิจารณาจัดสรรในแต่ละจังหวัด

ข้อ ๖ ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีสิทธิจะได้รับเงินตามระเบียบนี้ ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและปฏิบัติงานด้านการศึกษาทั้งในประจำการและนอกประจำการ
 - (๒) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
 - (๓) เป็นผู้พิการ โดยพิจารณาจากผู้พิการที่มีความร้ายแรงมากเป็นลำดับแรก
- ผู้ที่เคยได้รับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ในปีงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการ เป็นเวลา ๑ ปีงบประมาณ

ข้อ ๗ การเข้าร่วมโครงการ ให้สามารถดำเนินการได้ ๓ วิธี ดังนี้

- (๑) ผู้เข้าร่วมโครงการยื่นคำขอตามแบบ (คชค.๑) ท้ายระเบียบนี้
- (๒) ผู้เข้าร่วมโครงการมอบอำนาจให้บุคคลอื่น ยื่นคำขอตามแบบ (คชค.๒) ท้ายระเบียบนี้

(๓) กรณีมีเหตุจำเป็นที่ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถดำเนินการได้ตาม ๘ (๑) และ (๒) ให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรองคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยดำเนินการตามแบบ (คชค.๓) ท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๘ ให้ผู้อำนวยการดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและรับรองความถูกต้องของผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

(๑) กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการคลาดเคลื่อนหรือไม่ตรงกับข้อมูลในเอกสารของทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ทุพพลภาพ หรือผู้พิการ ให้แนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- ก. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนา
- ข. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา และ
- ค. กรณีจำเป็นไม่อาจนำเอกสารมาแสดงได้ ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัดจัดทำบันทึกยืนยันแสดงตนรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จริง

(๒) กรณีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถเดินทางไปยื่นคำขอเข้าร่วมโครงการและหรือรับเงินด้วยตนเองได้ ให้ใช้วิธีการมอบอำนาจ โดยแนบเอกสาร ดังนี้

- ก. หนังสือมอบอำนาจ
- ข. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบและผู้รับมอบ พร้อมรับรองสำเนา
- ค. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา
- (๓) กรณีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถลงลายมือชื่อในเอกสารได้ ให้พิมพ์ “ลายนิ้วหัวแม่มือซ้าย” และให้มีพยานรับรองอย่างน้อยสองคน

ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัดอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการในการจัดเตรียมเอกสารหลักฐานตามสมควร

ข้อ ๙ สิทธิในการรับเงินของผู้เข้าร่วมโครงการ สิ้นสุดลงเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖

ข้อ ๑๐ วิธีปฏิบัติและอัตราการจ่ายเงินให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้เป็นไปตามที่กำหนด ดังนี้

(๑) อัตราการจ่ายเงิน รายละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

(๒) สำนักงาน สกสค.จังหวัด โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้เข้าร่วมโครงการฯ โดยผ่านระบบ KTB Corporate Online สำหรับบัญชีเงินฝากธนาคารสำนักงาน สกสค.จังหวัด

(๓) การจ่ายเป็นเงินสด ให้กระทำเฉพาะกรณีมีเหตุขัดข้องหรือมีความจำเป็น โดยให้ขออนุญาตต่อคณะกรรมการ สกสค.จังหวัด และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วให้เจ้าหน้าที่การเงินหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายยืมเงินท่ตรงจ่ายเท่าจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่ต้องจ่ายเป็นเงินสด ทั้งนี้ ให้ดำเนินการเบิกจ่ายให้แล้วเสร็จภายใน ๓ วันทำการ และรายงานต่อคณะกรรมการ สกสค.จังหวัดและเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.ตามลำดับ

ข้อ ๑๑ กรณีมีเหตุให้ต้องเปลี่ยนแปลงผู้เข้าร่วมโครงการฯ ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัด ทำหนังสือถึงเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. เพื่อขออนุญาตเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทดแทนให้ครบตามจำนวนที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณ

ข้อ ๑๒ การเบิกจ่ายเงินตามระเบียบนี้ ให้สำนักงานหรือสำนักงาน สกสค.จังหวัด ดำเนินการให้แล้วเสร็จตามจำนวนและรายชื่อที่ได้รับการอนุมัติภายในปีงบประมาณนั้น

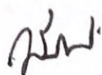
ข้อ ๑๓ กรณีที่สำนักงาน สกสค.จังหวัด มีงบประมาณเหลือจ่ายอันเนื่องมาจากสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการสิ้นสุดลงตามข้อ ๙ ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัด รับผิดชอบการรายงานผลการใช้จ่ายเงินให้เลขาธิการทราบ เพื่อจะได้พิจารณาจัดสรรงบประมาณให้สำนักงาน สกสค.จังหวัดที่มีผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าจำนวนเงินที่ได้รับการจัดสรร เมื่อเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. อนุมัติการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมแล้ว ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัด ดำเนินการเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

ข้อ ๑๔ การรับเงิน การเก็บรักษา การจ่ายเงิน และการบัญชีของโครงการ ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัด ดำเนินการให้ถูกต้องตามข้อบังคับคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการเงิน การบัญชี ทรัพย์สินและการงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๕ เมื่อดำเนินโครงการแล้วเสร็จ ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัด จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสิ้นเดือนกรกฎาคมของทุกปี หากเกินจากที่กำหนดให้ขออนุญาตต่อเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. ทั้งนี้ ต้องไม่เกินวันที่ ๓๐ กันยายน ของปีงบประมาณนั้น

ข้อ ๑๖ ให้ดำเนินการจัดสรรรายชื่อผู้ปฏิบัติงานและผู้พิการ ส่งให้สำนักพิทักษ์สวัสดิภาพครูให้แล้วเสร็จภายในสิ้นเดือนสิงหาคม เพื่อดำเนินการขอรับการจัดสรรงบประมาณปีถัดไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายพีระพันธ์ เหมะรัตน์)

เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา

แบบคำขอเข้าร่วมและรับเงิน

โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ

(กิจกรรมครูช่วยครู : ผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ)

เลขที่สมาชิก (ข.พ.ค.).....

เขียนที่.....

วันที่.....

๑

คำขอ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นหรือเคยเป็น () ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา หรือ () ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

และเป็น/หรือ () ผู้ป่วยติดเตียง

() ผู้พิการประเภทที่

() ๑. ความพิการทางการเห็น : ตาบอด/ตาเห็นเลือนราง

() ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย : หูหนวก/หูตึง

() ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย : มือ เท้า แขน ขา ขาด อัมพาต อ่อนแรง

() ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม : ความผิดปกติทางจิตใจ สมถ

() ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เข่าปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

() ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง

() ๗. ออทิสติก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้มีสิทธิรับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) จริง พร้อมได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้มาด้วย

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นทางราชการออกให้

() สำเนาเอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ

() อื่น ๆ

หากข้อความและเอกสารที่ยื่นมานี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมายในทุกกรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

๒

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบยืนยันตัวบุคคลแล้วขอรับรองว่า

(นาย/นาง/นางสาว).....

มีคุณสมบัติเป็นผู้เข้าร่วมโครงการและมีสิทธิได้รับเงิน

ตามกิจกรรมครูช่วยครู

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

๓

ความเห็นผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด

คำสั่ง () อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการได้

() ไม่อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด.....

๔

ผู้จ่ายเงิน

ได้จ่ายเงิน จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ให้แก่

(นาย/นาง/นางสาว).....

ณ วันที่

โดย () โอนเข้าบัญชีธนาคาร

() เงินสด เนื่องจาก.....

(นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ สกสค.จังหวัด

เมื่อวันที่.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จ่ายเงิน

๕

ผู้รับเงิน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ยื่นคำขอ ได้รับเงินโครงการจำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ถูกต้องครบถ้วนแล้ว ณ วันที่

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับเงิน



แบบ คชค. ๒

ลำดับที่.....

แบบหนังสือมอบอำนาจ
(ผู้ป่วยติดเตียง / ผู้พิการ)

เลขที่สมาชิก (ช.พ.ค.).....

เขียนที่.....

วันที่.....

๑ ผู้มอบอำนาจ

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นหรือเคยเป็น () ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา หรือ () ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา
และเป็น/หรือ () ผู้ป่วยติดเตียง
() ผู้พิการประเภท.....

ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)
อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชนบ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

.....ของข้าพเจ้า เป็นผู้มอบอำนาจทำการแทนข้าพเจ้าในเรื่องยื่นคำขอเข้าร่วม
และรับเงินกิจกรรมครูช่วยครู จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) รวมทั้งการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องจนแล้วเสร็จ
การใดที่ผู้รับมอบได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำ
ของข้าพเจ้าเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
พยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

๒

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบยืนยันตัวบุคคลแล้วขอรับรองว่า

(นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นหรือเคยเป็น () ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา

หรือ () ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

๓

ความเห็นผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด

คำสั่ง () อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการได้

() ไม่อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการ

เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด.....

๔

ผู้จ่ายเงิน

ได้จ่ายเงิน จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ให้แก่

(นาย/นาง/นางสาว).....

ณ วันที่

โดย () โอนเข้าบัญชีธนาคาร

() เงินสด เนื่องจาก.....

(นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ สกสค.จังหวัด

เมื่อวันที่.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จ่ายเงิน

๕

ผู้รับเงิน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ยื่นคำขอ ได้รับเงินโครงการจำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

จากสำนักงาน สกสค. จังหวัด

ถูกต้องครบถ้วนแล้ว ณ วันที่

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับเงิน

หมายเหตุ

๑. ผู้รับมอบอำนาจตามหนังสือฉบับนี้มีอำนาจทำการแทนเฉพาะเรื่องที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มอบอำนาจเท่านั้น การกระทำเกินอำนาจที่ได้รับจากผู้มอบอำนาจไม่อาจกระทำได้

๒. ย้ำกรอกข้อความให้ต่างลายมือและน้ำหมึกต่างสีกัน ถ้าใช้พิมพ์ติดก็ต้องเป็นเครื่องเดียวกัน

๓. ถ้ามีรอยชูดลบ ตกเติม แก้ไข หรือขีดฆ่า ให้ระบุว่าขีดฆ่าตกเติมกี่คำ และผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง

๔. อย่าลงลายมือชื่อผู้มอบอำนาจก่อนกรอกข้อความโดยครบถ้วนสมบูรณ์และถูกต้องตามความประสงค์
แล้วจะพิมพ์ลายนิ้วมือไม่ได้

๕. หนังสือมอบอำนาจทำในต่างประเทศต้องให้สถานทูตหรือสถานกงสุลหรือโนตารีพับบริกรรับรองด้วย

แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ป่วยติดเตียง)
สำหรับผู้ป่วยบ้านเป็นผู้รับรอง

เขียนที่.....
วันที่.....

๑ ผู้ใหญ่บ้าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
ผู้ใหญ่บ้าน.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน
.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
เป็นผู้ป่วยติดเตียง

ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารหลักฐานตามที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ แนบมาด้วยแล้ว ประกอบด้วย

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นทางราชการออกให้
() สำเนาเอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง
() อื่น ๆ

จึงขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวมีคุณสมบัติครบถ้วนและมีสิทธิเป็นผู้เข้าร่วมโครงการฯ

(.....)

ผู้ใหญ่บ้าน.....

๒ สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบยืนยันตัวบุคคลแล้วขอรับรองว่า
(นาย/นาง/นางสาว).....
ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นหรือเคยเป็น () ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา
หรือ () ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

๓ ความเห็นผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด
คำสั่ง () อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการได้
() ไม่อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินโครงการ
เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการ สกสค.จังหวัด.....

๔ ผู้จ่ายเงิน
ได้จ่ายเงิน จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ให้แก่
(นาย/นาง/นางสาว).....
ณ วันที่
โดย () โอนเข้าบัญชีธนาคาร
() เงินสด เนื่องจาก
(นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ สกสค.จังหวัด
เมื่อวันที่.....)

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้จ่ายเงิน

๕ ผู้รับเงิน
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ผู้ยื่นคำขอ ได้รับเงินโครงการจำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)
จากสำนักงาน สกสค. จังหวัด
ถูกต้องครบถ้วนแล้ว ณ วันที่

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับเงิน