



ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๕๒๓

ศาลากลางจังหวัดกระบี่

๙/๑๐ ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม้เท้าขาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองคํการบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ และนายกเทศมนตรีเมืองกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๕๖๐

ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดกระบี่ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย แจ้งว่า วันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม้เท้าขาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม้เท้าขาวเป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม้เท้าขาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ โดยขอความอนุเคราะห์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สํารวจคนพิการทางการเห็น ที่ไม่มีไม้เท้าขาว ไม้เท้าขาวชำรุด หรือไม้เท้าขาวสูญหาย จากสาธารณภัย ตามแบบคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น

๒. รายงานผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับมอบไม้เท้าขาวให้แก่ผู้พิการทางการเห็น

ทั้งนี้ ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการทางการเห็นและรายงานให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ เพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา สำหรับอำเภอขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาโรจน์ ไชยมาตฺร)

ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐-๗๕๖๑-๑๘๘๙



ศาลากลางจังหวัดกระบี่

เลขที่ 14319

วันที่ ๒๙ ต.ค. ๕๖

เวลา

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว(๕๕)๐

๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๗

สำนักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

เลขที่ 1547

วันที่ ๒๙ ต.ค. ๕๖

เวลา

จำนวน ๑ ชุด

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม่เฝ้าชาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มคำขอรับไม่เฝ้าชาวให้ผู้พิการทางการเห็น

๒. แบบฟอร์มสรุปภาพรวมข้อมูลการมอบไม่เฝ้าชาวให้ผู้พิการทางการเห็น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยว่า วันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม่เฝ้าชาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม่เฝ้าชาวเป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม่เฝ้าชาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ โดยขอความอนุเคราะห์จังหวัดประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สสำรวจคนพิการทางการเห็น ที่ไม่มีไม่เฝ้าชาว ไม่เฝ้าชาวชั่วคราว หรือไม่เฝ้าชาวสูญหายจากสาธารณภัย ตามแบบคำขอรับไม่เฝ้าชาวผู้พิการทางการเห็น แล้วจัดส่งให้จังหวัดเพื่อนำส่งผลการสำรวจข้อมูลให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๒. รับมอบไม่เฝ้าชาวจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เพื่อจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และรวบรวมผลการปฏิบัติงานการมอบไม่เฝ้าชาวให้แก่ทางสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยทราบ

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการทางการเห็นและรายงานให้จังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถประสานงานได้ที่ สำนักเลขานุการ คณะกรรมการบริหาร สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๑๒๓๔-๘๖๑๒, ๐๒-๐๓๖-๖๕๘๘ E-mail: tabc.officecenter@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๒

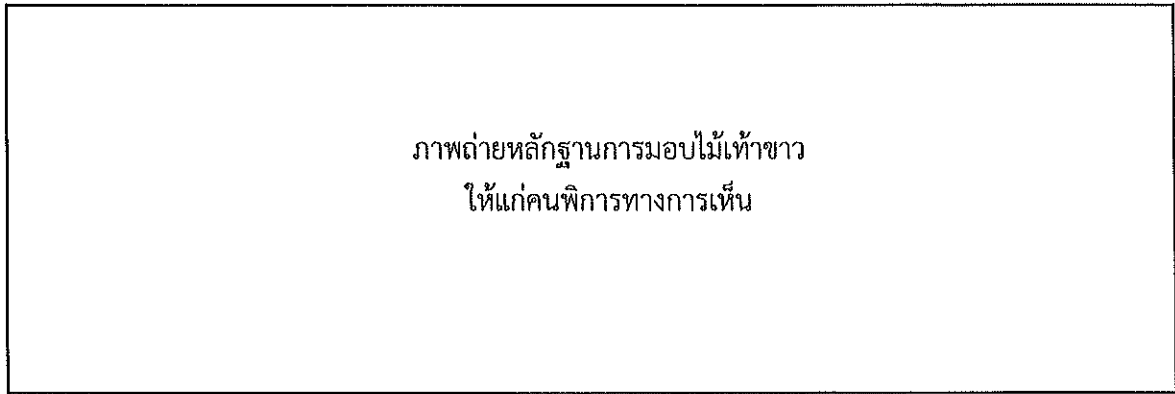
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

แบบฟอร์มคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น
 (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....

ลำดับ	จำนวนผู้พิการ ที่ขอรับไม้เท้าขาว	หมายเหตุ

(.....)
 ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....
 เบอร์โทร.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการมอบไม้เท้าขาวให้แก่ผู้พิการทางการเห็น
(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....



๑. ชื่อ - สกุล (ผู้ขอรับ)

.....

๒. ผลการดำเนินงาน

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

๓. หลักฐานเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ภาพถ่ายหลักฐานการมอบไม้เท้าขาว

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือใบรับรองความพิการจากแพทย์ (ฉบับจริง)

(.....)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

เบอร์โทร.....

