

เอกสารประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

1. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ (ถ่ายหน้า หลัง รับรองสำเนาถูกต้อง)*เฉพาะผู้พิการ*
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
4. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
(กรณี มิได้เป็นผู้ดูแลตามบัตรประจำตัวคนพิการ)
5. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ อพม. (กรณีรับรองผู้ดูแล)

วันที่.....
ลำดับ.....



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ผู้ดูแลผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

วันที่ 8 – 9 สิงหาคม พ.ศ. 2569

ณ จังหวัดสระบุรี

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล บางแก้ว อำเภอ บางพลี จังหวัด สมุทรปราการ 10540
เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เข้าร่วมโครงการ

☐ ผู้พิการ ประเภทความพิการ

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. ทางการเห็น | ☐ |
| 2. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย | ☐ |
| 3. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | ☐ |
| 4. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม | ☐ |
| 5. ทางสติปัญญา | ☐ |
| 6. ทางการเรียนรู้ | ☐ |
| 7. ทางออกัสติก | ☐ |

☐ ผู้ดูแลผู้พิการ (ชื่อ-สกุล).....

☐ ผู้ด้อยโอกาส (ระบุ).....

ประเภทอาหาร

☐ ปกติ ☐ มังสวิรัติ ☐ มุสลิม ☐ แพ้อาหาร (ระบุ)

หมายเหตุ ส่งแบบตอบรับภายในวันศุกร์ที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ผู้พิการที่เข้าร่วมโครงการฯ ต้องเป็นผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้

หนังสือยินยอม

ข้อกำหนดและเงื่อนไขต่อท้ายแบบตอบรับ

1. ขอรับรองว่า ในระหว่างการเดินทางเข้าร่วมการอบรม/ดูงาน ข้าพเจ้าฯ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ป่วยไข้ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมเดินทางไปกับเทศบาลเมืองบางแก้วได้
2. ข้าพเจ้าฯ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมเดินทางไปอบรม/ดูงาน ในครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ มิได้ถูกบังคับแต่อย่างใด
3. ในกรณีที่ข้าพเจ้าฯ เจ็บป่วยไข้ ระหว่างการเดินทางไปอบรม/ดูงาน ขอความอนุเคราะห์ให้ทางเทศบาลเมืองบางแก้ว นำส่งเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเท่านั้น ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าฯ ยินยอมชดเชยค่าใช้จ่ายเองทั้งสิ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ และค่าดูแลผู้ป่วย ฯลฯ
4. ในกรณีมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในระหว่างการจัดอบรม/ดูงานครั้งนี้ จะร้ายแรงหรือไม่ร้ายแรงก็ตาม ทำให้ร่างกายทุพพลภาพหรือเสียชีวิตก็ตาม ข้าพเจ้าฯ ยินยอม รับผิดชอบตนเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับเทศบาลเมืองบางแก้วแต่อย่างใด
5. ในกรณีมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในระหว่างเดินทางเข้ารับการฝึกอบรมและดูงานครั้งนี้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ให้เรียกร้องชดเชยค่าเสียหายโดยตรงกับทางบริษัทฯ ประกันภัยทุกประเภท และให้อยู่ในความรับผิดชอบของเจ้าของบริษัทฯ รโดยนิตโดยสารดังกล่าว
6. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (ชื่อ-สกุล)
ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และการเข้าร่วมโครงการ นี้ ข้าพเจ้าได้สมัครใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง โดยปราศจาก การล่อลวง หรือถูกบังคับ ชูเชิญใด ๆ ทั้งสิ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตนเอง โดยไม่เกี่ยวข้องกับ เทศบาลเมืองบางแก้วแต่อย่างใด

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการฯ
(.....)

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครได้ ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองบางแก้ว โทรศัพท์ 063 838 0951

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นายชัชชนู ดนตรี ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ



หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
(กรณีมิได้เป็นผู้ดูแลตามบัตรประจำตัวคนพิการ)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ดูแล).....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบลบางแก้ว
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ดูแลผู้พิการชื่อ (ชื่อผู้พิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน - - - - จริง โดยผู้ดูแล
ผู้พิการ มีความเกี่ยวพันเป็น.....กับคนพิการ และเป็นผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งปัจจุบันพักอาศัย
อยู่บ้านหลังเดียวกันจริง ทั้งนี้จึงขอใช้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานการยืนยันเป็นผู้ดูแลคนพิการ
เพื่อใช้สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ของเทศบาลเมืองบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ลงชื่อ.....ผู้พิการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)