

1213



ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๖๓

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ และนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงาน สกสค. จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ ศธ ๕๒๑๐๒๑/ว ๔๙
ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงาน สกสค. จังหวัดนครศรีธรรมราช แจ้งว่าได้ดำเนินโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ
และสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) โดยสำรวจรายชื่อ
ผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ เพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพ
ให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการศึกษา และผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง และผู้พิการประเภท ๑ - ๓
ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) พ.ศ. ๒๕๖๘

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการสวัสดิการ
สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)
ประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๗๐ โดยแจ้งรายชื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ ฯ (เฉพาะผู้ที่เป็สมาชิก ข.พ.ค.)
ใน Google Sheets ตาม QR CODE ที่แนบท้ายสิ่งที่ส่งมาด้วย ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้
สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๕๓๔ ๐๓๖๘ ต่อ ๑๐๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุพจน์ จิตรเพชร)
ผู้อำนวยการสูง รักษาการแทน
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ ๗๕๓๔ ๖๑๔๔ ต่อ ๓๒

ผู้ประสานงาน นางสาวจิรพร เสนแก้ว ๐๘ ๖๒๙๒ ๔๗๒๒

3



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขรับ ๗๖๐๗
วันที่ ๐๖ ก.ค. ๒๕๖๘
เวลา

ที่ ศธ ๕๒๑๐๒๑/ว ๕๙

สำนักงาน สกสค.จังหวัดนครศรีธรรมราช
๗๑/๖ หมู่ที่ ๑๐ ต.ท่าเรือ อ.เมือง
จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

เลขที่รับ ๘๐๙๗

วันที่ ๖ ก.ค. ๖๘

เวลา

เรื่อง ขอสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

เรียน **ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ
และสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)

พ.ศ. ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ได้ดำเนินโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ และสิทธิประโยชน์
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) และให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด
นครศรีธรรมราช สำรวจรายชื่อผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐
เพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา และผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง
และผู้พิการประเภท ๑ - ๗ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการ
สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) พ.ศ. ๒๕๖๘ นั้น

ในการนี้ สำนักงาน สกสค. จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านสำรวจผู้เข้าร่วม
โครงการสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)
ประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๗๐ โดยแจ้งรายชื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ ฯ ใน **Google Sheets** ตาม **QR CODE**
ที่แนบท้ายนี้ มายังสำนักงาน สกสค. จังหวัด **ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๘** หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๕-๓๔๐๓๖๘ ต่อ ๑๐๑ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวันชัย วงศ์ศิลป์)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัดนครศรีธรรมราช



แบบสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการ

งานสวัสดิการ

โทร ๐๗๕-๓๔๐๓๖๘ ต่อ ๑๐๑

๐๘๔ ๑๙๐๘๕๔๔



สำนักงาน สกสค.จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการ

“เพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ” ประจำปีงบประมาณ 2570

(กิจกรรมครูช่วยครู)

“เพราะครูคือผู้ให้
เมื่อเราช่วยดูแลกัน
สังคมการศึกษาจะอบอุ่น
และก้าวไปด้วยกัน ”

ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ครูและบุคลากรทางการศึกษา

- ✓ ช่วยแบ่งเบาภาระของเพื่อนครู
- ✓ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเตียง
- ✓ สร้างสังคมการศึกษาที่เกื้อกูลและห่วงใยกัน
- ✓ ครูไม่ทิ้งครู...เราช่วยกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา



คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ (ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค.)



กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

(รวมผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุ)

คุณสมบัติ: ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐ
ว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง (รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตนเองได้) (เช่น เอกสารจาก สว.สต.
หรือ หนังสือรับรองจาก กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)

เอกสารประกอบที่ต้องใช้:

1. แบบ คชค. 1 (ยื่นด้วยตนเอง) หรือ แบบ คชค. 2 (มอบอำนาจ)
2. แบบ คชค. 3 (แบบรับรองสำหรับให้กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้รับรอง)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
5. เอกสารรับรองแพทย์ว่าป่วยติดเตียง
(รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)



กลุ่มผู้พิการ (ประเภท 1-7)

คุณสมบัติ: ต้องมีบัตรผู้พิการ หรือ
-เอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐ
ว่าเป็นผู้พิการประเภท 1-7

เอกสารประกอบที่ต้องใช้:

1. แบบ คชค. 1 (ยื่นด้วยตนเอง) หรือ แบบ คชค. 2 (มอบอำนาจ)
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สำเนาบัตรผู้พิการ (ทั้งด้านหน้า-หลัง)
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย

หมายเหตุประเภทความพิการ 1-7:

- (1) ทางตา (2) ทางหูหรือสื่อความหมาย
- (3) ทางเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
- (4) ทางจิตใจหรือพฤติกรรม (5) ทางสติปัญญา
- (6) ทางการเรียนรู้ (7) ออทิสติก

สแกนเลย!



ง่าย สะดวก รวดเร็ว

กำหนดส่งรายชื่อและเอกสาร

ภายในวันจันทร์ที่ **20 กรกฎาคม 2569**

สถานที่ยื่นเอกสาร: สำนักงาน สกสค.จังหวัดนครศรีธรรมราช

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม: โทร. 075-340368 ต่อ 101

สแกนเพื่อดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติม

แบบสำรวจโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์

ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ

(กิจกรรมครูช่วยครู) 2570

ที่	ชื่อ - สกุล	เลขสมาชิก ช.พ.ค.	ประเภทที่ขอสิทธิ		เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้	เบอร์โทรศัพท์	เลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย	บัตรผู้พิการมี/ไม่มี
			ผู้ขอติดเตียง	ผู้พิการ					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

รวมจำนวนผู้ที่ขอรับการส่งเสริมสวัสดิภาพฯ จำนวน

คน



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 หรือเกี่ยวกับการให้การศึกษา หรือสนับสนุนและบริการเกี่ยวกับการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชนและให้รวมถึงลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน

“สมาชิก ข.พ.ค.” หมายความว่า สมาชิกการณาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

ข้อ ๔ เลขาธิการเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้ และมีอำนาจพิจารณา วินิจฉัยปัญหา อันเกิดจากการปฏิบัติตามระเบียบนี้ ทั้งนี้ ให้คำวินิจฉัยของเลขาธิการเป็นที่สุด และมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

(๑) พิจารณานุมัติให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับเงินตามระเบียบนี้ภายในวงเงินที่ได้รับการจัดสรร

(๒) การพิจารณาอนุมัติตาม (๑) ให้คำนึงถึงวงเงินที่ได้รับการจัดสรรก่อนว่ามีเพียงพอที่จะดำเนินการหรือไม่ หากวงเงินที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ เลขาธิการอาจไม่รับพิจารณาคำขอเข้าร่วมโครงการก็ได้

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 ข.พ.ค. และมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาและปฏิบัติงานด้านการศึกษาทั้งใน
ประจำการและนอกประจำการ
- (๒) เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- (๓) เป็นผู้พิการ โดยพิจารณาจากผู้พิการที่มีความร้ายแรงมากเป็นลำดับแรก
ผู้ที่เคยได้รับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพ
ครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและ
บุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ในปีงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิ
ในการเข้าร่วมโครงการ เป็นเวลา ๑ ปีงบประมาณ

ข้อ ๗ การเข้าร่วมโครงการ ให้สามารถดำเนินการได้ ๓ วิธี ดังนี้

- (๑) ผู้เข้าร่วมโครงการยื่นคำขอตามแบบ (คชค.๑) ท้ายระเบียบนี้
- (๒) ผู้เข้าร่วมโครงการมอบอำนาจให้บุคคลอื่น ยื่นคำขอตามแบบ (คชค.๒) ท้าย
ระเบียบนี้
- (๓) กรณีมีเหตุจำเป็นที่ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถดำเนินการได้ตาม ๘ (๑) และ (๒)
ให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรองคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยดำเนินการตามแบบ (คชค.๓) ท้ายระเบียบนี้

ข้อ ๘ ให้ผู้อำนวยการดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและรับรองความถูกต้องของผู้เข้าร่วม
โครงการ ดังนี้

(๑) กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการคลาดเคลื่อนหรือไม่ตรงกับข้อมูล
ในเอกสารของทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ทุพพลภาพ หรือผู้พิการ ให้แนบ
เอกสารหลักฐาน ดังนี้

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

(๒) กรณีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถเดินทางไปยื่นคำขอเข้าร่วมโครงการและหรือ
รับเงินด้วยตนเองได้ ให้ใช้วิธีการมอบอำนาจ โดยแนบเอกสาร ดังนี้

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

ให้สำนักงาน สกสค.จังหวัดอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการในการจัดเตรียมเอกสาร
หลักฐานตามสมควร

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 ให้กระทำได้เฉพาะกรณีมีเหตุขัดข้องหรือมีความจำเป็น 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.....



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 สมอ่ง

() ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

() 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 เลขบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่.....
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 การกระทำให้เกิดอำนาจที่ได้รับจากผู้มอบอำนาจไม่อาจกระทำได้

๒. อย่ากรอกข้อความให้ต่างลายมือและน้ำหมึกต่างสีกัน ถ้าใช้พิมพ์ติดก็ต้องเป็นเครื่องเดียวกัน

๓. ถ้ามีรอยขูดลบ ตกเติม แก้ไข หรือขีดฆ่า ให้ระบุว่าขีดฆ่าตกเติมกี่คำ และผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกแห่ง

๔. อย่าลงลายมือชื่อผู้มอบอำนาจก่อนกรอกข้อความโดยครบถ้วนสมบูรณ์และถูกต้องตามความประสงค์
แล้วจะพิมพ์ลายนิ้วมือไม่ได้

๕. หนังสือมอบอำนาจทำในต่างประเทศต้องให้สถานทูตหรือสถานกงสุลหรือนotarีพับบริกรรับรองด้วย

แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ป่วยติดเตียง)
สำหรับผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรอง

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

ได้ตรวจสอบยืนยันตัวตนบุคคลแล้วขอรับรองว่า

(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