



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย	กองคลัง
เลขรับ 2983	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
วันที่ 16/07/2569	เลขรับ 7627
เวลา 10.57 น.	วันที่ 16/7/2569
	เวลา 11.00 น.

ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว.๖๔

นส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดสงขลา
๑๗๓ หมู่ ๔ ถ.สงขลา-นาทวี ตำบลเขารูปช้าง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙

สอ(บริหาร) 1480
17/07/2569
14.53 น.

เรื่อง สำรองผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อการดำรงชีพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/หน่วยงาน ตามบัญชีรายชื่อที่แนบท้าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. โดยสำนักพิทักษ์สวัสดิภาพครู กลุ่มส่งเสริมสวัสดิภาพ
ดำเนินการสำรองผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการ
ศึกษาเพื่อการดำรงชีพ เพื่อนำไปส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานด้าน
การศึกษา ที่เป็นสมาชิก ข.พ.ค. กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ นั้น

สำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา จึงขอความอนุเคราะห์แจ้งให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาที่
เป็นสมาชิก ข.พ.ค. และเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการ ประเภท ๑-๗ ในสังกัดท่าน ทั้งในประจำการ และนอก
ประจำการ ตอบแบบสำรวจแล้วจัดส่งให้สำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา ภายในวันศุกร์ ที่ ๒๔ กรกฎาคม
๒๕๖๙ ด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนกร เกื้อกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา จังหวัดสงขลา

กลุ่มสวัสดิการ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๗๔๓๓-๗๓๓๖-๗, ๐๙๘-๐๑๘๓๐๒๔

เรียน อธิการบดี ผ่าน ผอ.กองคลัง

- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู เรื่อง
สำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ ประจำปีงบประมาณ 2570
ที่เป็นสมาชิก ช.พ.ค.และเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการประเภท 1-7
- เพื่อโปรดพิจารณามอบงานกองคลังประชาสัมพันธ์ ต่อไป

2/กค
17/7/69

17/07/2569
10:58:40 +07'00'
DID-7DBF269762

เรียน อธิการบดี

เพื่อโปรดพิจารณามอบงานบริหารฯ ประชาสัมพันธ์

อ.กค.

17/07/2569
14:34:44 +07'00'
DID-2375D879A5

ขอประชุม

๑๗ ก.ค. ๖๙

บัญชีรายชื่อแนบท้าย

หนังสือสำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว. ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙

๑. ศึกษาธิการจังหวัดสงขลา
๒. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๑
๓. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๒
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๓
๕. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสงขลา – สตูล
๖. ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดสงขลา
๗. ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดสงขลา
๘. ประธานกรรมการประสานและส่งเสริมการศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา
๙. ท้องถิ่นจังหวัดสงขลา
๑๐. โรงเรียนสงขลาพัฒนาปัญญา
๑๑. โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา
๑๒. ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๓ จังหวัดสงขลา
๑๓. โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย
๑๔. โรงเรียนมหาวิทยาลัยราชภัฏ จังหวัดสงขลา
๑๕. อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่
๑๖. อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
๑๗. อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณสงขลา
๑๘. อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
๑๙. ประธานศูนย์ดูแลครูและบุคลากรทางการศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
๒๐. นายกสมาคมครูอาวุโสจังหวัดสงขลา

สำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา

แบบสำรวจข้อมูลครูและบุคลากรทางการศึกษา

ที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

เลขที่สมาชิก ข.พ.ค.....

ข้อมูล (ผู้ปวยที่เข้าร่วมโครงการฯ)

๑. ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. เป็น (โปรดระบุ)

- ☐ ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้พิการประเภทที่ (โปรดระบุ)
☐ ๑. ความพิการทางการเห็น : ตาบอด/ตาเห็นเลือนราง
☐ ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย : หูหนวก/หูตึง
☐ ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย : มือ เท้า แขน ขา ขาด อัมพาต อ่อนแรง
☐ ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม : ความผิดปกติทางจิตใจ สมอง
☐ ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เข่าปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
☐ ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง
☐ ๗. ความพิการทางออทิสติก

หมายเหตุ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการฯ

๑. กรณี (ผู้ป่วยติดเตียง)

- ๑.๑. ต้องเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงต้องไม่ได้รับการช่วยเหลือจากปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑.๓. ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง

๒. กรณี (ผู้พิการประเภท ๑-๗)

- ๑.๑. ต้องเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้พิการประเภท ๑-๗ ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
๑.๒. ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้พิการประเภท ๑-๗

๓. กรุณาส่งแบบสำรวจภายในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๙

สอบถามเพิ่มเติม สำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา เบอร์โทร. ๐๙๔-๓๓๗๓๓๖-๗ , ๐๙๘-๐๑๘๓๐๒๔