


เรียน คณบดี

- มอบ.....ประชาสัมพันธ์
- Line คณะ Facebook e-office
- Website อื่นๆ.....
- แจ้งผู้เกี่ยวข้อง.....
- เพื่อโปรดทราบ.....
- เพื่อโปรดพิจารณา.....


ท พค.๖๙

ความเห็นคณบดี

- เห็นชอบ
- เห็นควร..... ปรี. คณย.....


๑๐ พค ๖๙



สมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย
Thai Association and Society for the Blind
 1856 (ปากซอยลาดพร้าว 76) ถนนลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง
 เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0-2539-6239

เลขที่บัญชี: 8061
 วันที่: 16/3/69

สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา
 วิทยาลัยการศึกษาดูแลคนพิการ
 เลขที่: 15199
 วันที่: 7 พ.ค. 2569
 เวลา: 19:14 น.

ที่ สสทพบ.016/2569

10 เมษายน พ.ศ. 2569

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณโครงการช่วยเหลือสังคม เพื่อเยียวยา มาตรการวิกฤตพลังงาน สำหรับสมาชิก
 สมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย

เรียน ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนสมาคม

2. สวัสดิการสมาคมฯ

ด้วยสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทยได้จัดทำโครงการช่วยเหลือสังคม เพื่อเยียวยา มาตรการวิกฤต
 พลังงาน สำหรับสมาชิกผู้ได้รับผลกระทบวิกฤตพลังงาน ซึ่งก่อให้เกิดความเดือดร้อนลำบากในการดำเนินชีวิต จนกลายเป็นอุปสรรค
 ในการดำรงชีพและส่งผลกระทบต่อในการสร้างงานสร้างอาชีพ ของสมาชิกสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย

ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยเหลือและเยียวยาความเดือดร้อนของสมาชิกทั้งหมด 1000 คน ทางสมาคมฯจะมอบเงินให้สมาชิกคนละ
 1000 บาท รวม 1,000,000 บาท และมอบเงินให้สมาชิกสมาคมฯ ในวันอังคารที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 เวลา 09.00-16.00น. ณ สมาคม
 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย คณะกรรมการสมาคมจึงได้ประชุมใน วันศุกร์ที่ 10 เมษายน พ.ศ 2569 ที่ประชุมมีมติ
 เห็นชอบให้จัดทำโครงการช่วยเหลือสังคม เพื่อเยียวยา มาตรการวิกฤตพลังงาน สำหรับสมาชิกผู้ได้รับผลกระทบวิกฤตพลังงาน
 ท่านสามารถสนับสนุนโดยการ โอนเข้าบัญชี ชื่อบัญชี สมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย ประเภทบัญชีออม
 ทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาซอยอารีย์ เลขบัญชี 481-012902-0 หรือ โทรศัพท์สอบถาม รายละเอียดได้ที่ 0-2539-5239 โทรสาร 02-
 539-9378 ดูรายละเอียดได้ที่เพจ สมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย และ you tube ชื่อ สมาคมส่งเสริมและพัฒนา
 คุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวอรุณี รูปโฉม)

นายกสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย

(อน)
 กอ. กอ.
 กณ. กณ.
 กค. กป.
 กจ. กจ.
 กร. กส.
 K/พค.69



ทะเบียนเลขที่ จ.๕๐๐๗/๒๕๖๙

ส.ค.๖

ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนการแต่งตั้งกรรมการของสมาคมขึ้นใหม่ทั้งหมด
หรือการเปลี่ยนแปลงกรรมการของสมาคม

ใบสำคัญฉบับนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า สมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ ณ เลขที่ ๑๙๕๖ ปากซอยลาดพร้าว ๗๖ ถนนลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร มีการแต่งตั้งกรรมการของสมาคมขึ้นใหม่ทั้งหมด และนายทะเบียนสมาคมกรุงเทพมหานคร ได้รับจดทะเบียนการแต่งตั้งกรรมการของสมาคมขึ้นใหม่ทั้งหมด ตามมาตรา ๘๕ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้ว ดังต่อไปนี้

๑. นางสาวอรุณี	รูปโฉม	นายกสมาคม
๒. นายวัลลภ	บุตรประเสริฐ	อุปนายก
๓. นายฐิติวัฒน์	อุจน์จันทร์	กรรมการและประชาสัมพันธ์
๔. นายขวัญ	เสาสสูง	กรรมการและนายทะเบียน
๕. นายก้องภพ	เพี้ยชัย	กรรมการและปฏิคม
๖. นางเพลิน	สัมพันธ์	กรรมการและเหรัญญิก
๗. นายสิทธิศักดิ์	สมสถาน	กรรมการและเลขานุการ

ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางสาวสิริวัชรีย์ นุตตะรังค์)

นายอำเภอเวียงเก่า รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนทะเบียนมูลนิธิ และสมาคม ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการปกครอง

นายทะเบียนสมาคมกรุงเทพมหานคร

สำเนาถูกต้อง



สวัสดิการสำหรับสมาชิกสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย

(Welfare for the Thai Blind Promotion Association)

1. ทู่นการรศึกษา (Scholarship) ทู่นละ 2,000 บาท

หลักฐานที่จะนำมาขอรับทุนการศึกษาต้องมีเอกสารดังนี้

- 1.1 สำเนาบัตรประชาชน 1ใบ
- 1.2 สำเนาผลการเรียนปีล่าสุด 1ใบ
- 1.3 สำเนาบัตรคนพิการ 1ใบ
- 1.4 รูปถ่ายนิ้ว 1ใบ
- 1.5 สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย 1ใบ

2. ค่ารักษาพยาบาล (Medical Fee)

2.1 ค่ารักษาพยาบาล เบิกได้คนละ 2,000 บาท/ปี

**หลักฐานของสมาชิกที่จะเบิกค่ารักษาพยาบาลมีดังนี้

1. สำเนาบัตรคนพิการ 1ใบ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมฯ 1ใบ
3. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง 1ใบ
4. ใบรับรองจากแพทย์ฉบับจริง 1ใบ
5. สมาชิกสมาคมฯ ทำนไตประกอบอาชีพไม่ได้ภายใน 1เดือน ทางสมาคมฯ ยินดีช่วยเหลือคนละ 2,000 บาท เบิกได้ปีละ 1ครั้ง (โดยต้องแนบใบรับรองจากแพทย์ฉบับจริงมายืนยันเท่านั้น)
6. ถ้าสมาชิกทำนไตเสียชีวิต จะได้รับเงิน 2,000บาท (โดยต้องเบิกภายใน 60 วัน นับจากวันที่ได้ใบมรณะ)

3. ที่พัก (Accommodation Free)

3.1 สมาชิกที่จะเข้ามาพัก ณ สมาคมฯ ต้องเป็นผู้พิการทางสายตา

3.2 สมาชิกทำนไตที่เข้าพักต้องเสียค่าที่พักคืนละ 50 บาท (ห้องปรับอากาศจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม 6 ชั่วโมง 100บาท)

**หมายเหตุ หลังจาก 22.00-08.00 น. สมาชิกที่เข้ามาพัก ณ สมาคมฯ ไม่ควรส่งเสียงรบกวน มีให้บริการคอมพิวเตอร์

4.สวัสดิการช่วยเหลือสังคม (Social Welfare Benefits)

เช่น มอบถุงยังชีพโควิด , ถุงยังชีพหน้าท่วม , ผู้ติดเชื้อโควิดได้รับคนละ 1,600 บาท (ใบรับรองแพทย์ว่าติดเชื้อโควิดฉบับจริง) และ เงินตามมาตรการเยียวยาโควิดคนละ 1,000 บาท

หลักฐานของสมาชิกที่จะเบิกค่าสวัสดิการช่วยเหลือสังคม ดังนี้

1. สำเนาบัตรคนพิการ 1 ใบ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมฯ 1 ใบ

5. สวัสดิการงานประจำสัมพันธ์ของสมาคมฯ สร้างงานสร้างอาชีพ (Welfare, Job Creation, Career Creation)

6. สวัสดิการกู้ยืมเงิน (Welfare Loan)

ทางสมาคมฯ ให้กู้ยืมเงินได้คนละ 2,000 บาท/ปี แต่ต้องมีคณะกรรมการสมาคมฯ กำประกัน

7. ประชุมใหญ่สามัญประจำปี (General Meeting)

ประชุมใหญ่สามัญประจำปี (Annual Work) ภายในเดือนเมษายน (ยกเว้นกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินร้ายแรงที่ไม่สามารถจัดประชุมได้)

8. ทำนุญครบรอบของสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย (Association Anniversary Ceremony)

วันที่ 10 สิงหาคมของทุกปี

9. จัดอบรมต่างๆ (Training)

10. จัดงานสังสรรค์ต้อนรับปีใหม่ (Organize a welcome party for the New Year)

11. ทางสมาคมมีของขวัญสำหรับวันเกิดของสมาชิกสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทยทุกท่าน (Birthday Gift)

**หมายเหตุ (Note) สมาชิกต้องมาประชุมใหญ่สามัญประจำปีทุกครั้ง

ทำนไตมีปัญหาปรึกษาเบอร์โทร 025395239 Facebook และ Youtube : ชื่อสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตาบอดไทย



สำเนาถูกต้อง

บัตรประจำตัวคนพิการ Thai National Identification Card
for Persons with Disabilities

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 2 3209 00052 92 2

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส.อรุณี รุบโฉม
Name Miss Arunee
ชื่อจริง Ruobchom
Date of Birth 4 มีนาคม 2524
Mar 1981

พ้อย 70 หมู่ที่ 16 ต.หนองบัว อ.สีชะงุ้ม จ.สุรินทร์

ชนิดการ ไม่ประสงค์มีคู่แล้ว

เลขที่ 2563
ออกบัตร 8 Nov 2020 (น.ส.อรุณี รุบโฉม)
Date of Issue เจ้าหน้าที่ออกบัตร

ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
lifelong
Date of Expiry

ประเภทความพิการ
1.
Type of Disability




สำเนาถูกต้อง