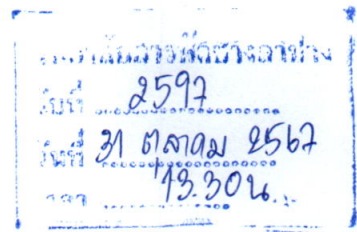


ด่วนที่สุด

ที่ ศธ ๐๖๒๙.๕(สอจ.ลป.)/ว ๕๕๘



สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง
วิทยาลัยเทคนิคลำปาง
ถ.ท่าครวน้อย ต.สบตุ๋ย
อ.เมือง จ.ลำปาง ๕๒๑๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การสำรวจข้อมูลครูและบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษา สังกัดสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน สกสศ.จังหวัดลำปาง ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๒/๙๔๐ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงาน สกสศ.จังหวัดลำปาง ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๒/๙๔๐ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงาน สกสศ. จังหวัดลำปาง ได้กำหนดกิจกรรมครูช่วยครูฯ ภายใต้โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ และสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ โดยมุ่งเน้นเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการประเภท ๑ - ๗ รายใหม่ ซึ่งยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการมาก่อน ได้รับสวัสดิการช่วยเหลือ รายละเอียด ๒,๐๐๐ บาท นั้น

ในการนี้ สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง จึงขอความอนุเคราะห์ท่านดำเนินการสำรวจข้อมูลครูและบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ (รายใหม่) ตามแบบสำรวจที่แนบมาพร้อมนี้ และขอความกรุณานำส่งสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง ภายในวันจันทร์ที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เพื่อรวบรวมและดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรแจ้ง รอจ.ลป.

เห็นควรมอบ อานนดลาภ

น.ส.อัมชลิ์ ธรรมศรีใจ

31 ต.ค.๖๗

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรแจ้ง รอจ.ลป.

เห็นควรมอบ อานนดลาภ

(นายณัฐนนท์ ภู่อริยพงศ์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคลำปาง

ปฏิบัติหน้าที่ ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

(นายสมพงษ์ นินดาภพ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารทรัพยากร

๓๑ ต.ค.๖๗

สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

โทร. ๐ ๕๔๒๑ ๗๑๐๖ ต่อ ๑๑๓

โทรสาร. ๐ ๕๔๒๒ ๔๔๒๖

AMS e-office : ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

E-mail : veclp2519@gmail.com

-ทราบ

-แจ้ง รอจ.ลป.

-มอบงานบุคลากร

๓๑ ต.ค.๖๗

“เรียนดี มีความสุข”



ที่ ศธ 521052/ 940

อาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง
เลขรับ 644 / 67
วันที่ 31 ต.ค. 2567
เวลา 12.30 น.
สทศ. จ.ลำปาง

สำนักงาน สทศ. จังหวัดลำปาง
ถนนบ้านดงพัฒนา ตำบลบ่อแฮ้ว
อำเภอเมือง 52100

30 ตุลาคม 2567

เรื่อง การสำรวจข้อมูลครูและบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลกิจกรรมครูช่วยครูฯ จำนวน 2 ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการ สกสศ. ได้กำหนดกิจกรรมครูช่วยครูฯ ภายใต้ โครงการเพิ่มสวัสดิการ สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ โดยมุ่งเน้นเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้พิการประเภท 1-7 รายใหม่ ไม่เคยเข้าร่วมโครงการมาก่อน ได้รับสวัสดิการช่วยเหลือรายละ ๒,๐๐๐ บาท

ในการนี้ สำนักงาน สกสศ. จังหวัดลำปาง จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดแจ้งข้อมูลครูและ บุคลากรทางการศึกษาในสังกัดหน่วยงานของท่านที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ (รายใหม่) ตามแบบสำรวจ ข้อมูลดังแนบ (สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ทั้งนี้ ขอได้แจ้งข้อมูลกลับมายังสำนักงาน สกสศ. จังหวัดลำปาง ภายในวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ตามแบบสำรวจข้อมูลกิจกรรมครูช่วยครูฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และหวังว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ เป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววิเลชา ลีสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสศ. จังหวัดลำปาง

งานสวัสดิการสวัสดิภาพ

โทร. 0 5482 1201-2 ต่อ 16

โทรสาร. 0 5482 1204

ผู้ประสานงาน: นายปิ่นณวัฒน์ อินตะชะ มือถือ 081-952-6951

เรียน ประธาน อศจ. อบ
- ให้แควฯ แจ้ง สทศ. สกสศ.
ใน สกสศ.
- มอช ลำปาง ๑๐๑.

เพื่อโปรด ทราบ พิจารณา

31 ต.ค. 2567

31 ต.ค. 2567

แบบสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)
งบประมาณประจำปี ๒๕๖๔

ของหน่วยงาน.....

ประเภทผู้ป่วยติดเตียง

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เลขที่สมาชิก	หมายเหตุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑...				

รวมทั้งสิ้น.....คน

หมายเหตุ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ

- ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
- เป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เคยได้รับการช่วยเหลือในปี ๒๕๖๔ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๖
- ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง

แบบสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู)
งบประมาณประจำปี ๒๕๖๘

ของหน่วยงาน.....

ประเภทผู้พิการประเภท ๑ - ๗

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เลขที่สมาชิก	หมายเหตุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				

รวมทั้งสิ้น.....คน

หมายเหตุ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ

- ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้พิการประเภท ๑ - ๗ ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ
- ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้พิการประเภท ๑ - ๗