



โรงเรียนกัลยาณวัตร
รับที่ 1859 / 2569
วันที่ 13 ก.ค. 2569
เวลา 11.10 น.

ที่ ศธ ๐๔๒๙๕/ว ๓๓๑๓

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาขอนแก่น
๔๗๓ หมู่ที่ ๒ ถนนมลิวรรณ ตำบลบ้านทุ่ม
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ
และสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดทุกโรงเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอร่วมและรับเงิน แบบ คชค.๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ แบบ คชค.๓ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดจัดโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐ (กิจกรรมครูช่วยครู) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ที่เป็นสมาชิก ข.พ.ค. กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ การรับสมัครเปิดรับตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาขอนแก่น จึงขอประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้โรงเรียนในสังกัดทราบ เพื่อเชิญชวนข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นสมาชิก ข.พ.ค. และอยู่ในกลุ่มเป้าหมาย ที่สนใจ สมัครเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดใบสมัครและศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้ หรือติดต่อสอบถามได้ที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น โทร. ๐ ๔๓๒๕ ๕๒๙๓ ต่อ ๑๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนกัลยาณวัตร

เพื่อทราบ

- () ฝ่ายอำนวยการ งานบุคลากร
() ฝ่ายวิชาการ
() ฝ่ายกิจการนักเรียน
() ฝ่ายบริหารทั่วไป
() อื่นๆ.....

นางพ
ของผู้อำนวยการ
ด้าน

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุนันต์ ทองโพธิ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

จึงเรียนมาเพื่อโปรด.....

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาขอนแก่น
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน

กลุ่มอำนวยการ

เจ้าหน้าที่ ๔๓๐๑ ๔๘๖๗

โทรสาร ๐ ๔๓๒๕ ๕๓๖๗

ผู้ปฏิบัติ นายธนภัทร สุขดี โทร. ๐๙ ๗๐๓๒ ๕๔๖๙

นางสาวกัญญาพร
นางสาวกัญญาพร
นางสาวกัญญาพร



ที่ ศธ 521005/ว.916

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดขอนแก่น
ที่อยู่ 425 หมู่ 2 ตำบลบ้านทุ่ม
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

1 กรกฎาคม 2569

เรื่อง ขออนุมัติโครงการประชาสัมพันธ์การสำรวจผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพ
และสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ ประจำปีงบประมาณ 2570

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบคำขอร่วมและรับเงิน แบบ คชค.1 จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ แบบ คชค.3 จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. โดยสำนักพิทักษ์สวัสดิภาพครู กลุ่มส่งเสริมสวัสดิภาพ
ได้เสนอแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี 2570 โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิ
ประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ โดยเป็นงบประมาณสนับสนุนให้กับสำนักงาน สกสค.
จังหวัด เพื่อนำไปส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา ที่เป็นสมาชิก
ข.พ.ค. กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ นั้น

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ
ประจำปี 2570 สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น ขอความความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ครูและบุคลากรทางการ
ศึกษาจังหวัดขอนแก่น ในสังกัดของท่านสำรวจผู้ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อให้การดำเนินเป็นไปตามระเบียบ
สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากร
ทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) พ.ศ. 2568 ข้อ 6 ผู้ที่เคยได้รับเงินตามระเบียบสำนักงาน
คณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการ
ศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ในปีงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิ ในการเข้าร่วมโครงการเป็น
เวลา 1 ปี ผู้ที่จะประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ส่งแบบคำขอร่วมและรับเงิน แบบ คชค.1, แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ
แบบ คชค.3 และเอกสารหลักฐานที่สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น ภายในวันที่ 24 กรกฎาคม 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นายสุวัฒน์ชัย แสนราช)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มงานอำนวยการ

โทรศัพท์. 043-255293 ต่อ 16

มือถือ. 080-0639894-5



QR code ครูช่วยครู
ผู้ป่วยติดเตียงคนพิการ



QR code แบบฟอร์ม
คชค.1 สำหรับผู้พิการ



QR code แบบฟอร์ม
คชค.1 และ คชค.3
ส่วนรับเงินโดยผู้พิการ



สทศ.

สำนักงาน สทศ. จังหวัดขอนแก่น

สำรวจข้อมูลผู้ปวยติเตียงและพิการ
ประจำปี 2570

“โครงการเพิ่ม
ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่อดำรงชีพ”

เชิญชวนสมาชิก ช.พ.ค. ที่เป็นผู้ปวยติเตียงหรือผู้พิการ
ให้ลงทะเบียนสำรวจข้อมูลเพื่อรับสวัสดิการความช่วยเหลือ

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้ปวยติเตียง **แบบ คชค.1 และ คชค.3

- ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- ต้องให้ผู้นำชุมชนเซ็นรับรอง แบบ คชค.3 พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ผู้นำชุมชน)

ผู้พิการ **แบบ คชค.1

- ต้องเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ
- ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ

ผู้พิการประเภท 1-7 ได้แก่

1. พิกการทางการเห็น
2. พิกการทางได้ยินหรือสื่อความหมาย
3. พิกการทางเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
4. พิกการจิตใจหรือพฤติกรรม
5. พิกการทางสติปัญญา
6. พิกการทางการเรียนรู้
7. พิกการทางอวกาศ

ขั้นตอนและการส่งข้อมูล

1. สแกน QR code เพื่อแจ้งข้อมูล
2. กำหนดการรับข้อมูล
ภายในวันศุกร์ ที่ 24 ก.ค. 2569
3. เว้นการรับสิทธิ
ผู้ที่เคยได้รับสิทธิเงินงบประมาณ 2568
ต้องเข้ารับการรับสิทธิเป็นระยะเวลา 1 ปี



เอกสารประกอบ

1. บัตรประจำตัวคนพิการ



ออกโดย กระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

2.

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ปวย
- สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (ผู้นำชุมชน)



**เฉพาะผู้ปวยติเตียง

3.

สำเนาสมุดบัญชีกรุงไทย



หมายเหตุ โปรตแบบเอกสารยืนยันตัวตนของผู้ร่วมโครงการฯ (ครูช่วยครู) ดังนี้

1. กรณี ผู้ป่วยติดเตียง แบบสำเนาบัตรประชาชน และหนังสือรับรองผู้ป่วยติดเตียงสำหรับผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรอง แบบสำเนาบัตรผู้ใหญ่บ้าน เอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง
2. กรณีผู้พิการ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน แบบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ/หนังสือรับรองผู้พิการ
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ (กรณีมีคุณสมบัติครบถ้วนและมีสิทธิเป็นผู้เข้าร่วมโครงการฯ สำนักงานจะโอนเงินเข้าบัญชีให้ผู้มีสิทธิ)

4.แบบคำขอเข้าร่วมและรับเงิน (แบบ คชค.1) (เว้นวันที่ไว้ก่อนค่ะ)

5.แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ป่วยติดเตียง) สำหรับผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับรอง (แบบ คชค.3)

**ผู้ที่เคยได้รับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการจ่ายเงินเพื่อเพิ่มสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูบุคลากรทางการศึกษาเพื่อการดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) ในงบประมาณใดแล้ว ให้เว้นการขอรับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 1 ปีงบประมาณ

สำนักงาน สกสค. จังหวัดขอนแก่น

425 ม.2 ถ.มะลิวัลย์ ต.บ้านทุ่ม อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร. 043-255293 ต่อ 16 มือถือ 080 - 063 9894 , 080 - 063 9895



QR code ครูช่วยครู
ผู้ป่วยติดเตียงคนพิการ



QR code แบบฟอร์ม
คชค.1 สำหรับผู้พิการ



QR code แบบฟอร์ม
คชค.1 และ คชค.3
สำหรับผู้ป่วยติดเตียง

แบบคำขอเข้าร่วมและรับเงิน

โครงการเพิ่มสวัสดิการสวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่การดำรงชีพ(กิจกรรม
ครูช่วยครู : ผู้ป่วยติดเตียง/ผู้พิการ)
เลขที่สมาชิก (ช.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 สมอ

() ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เข่าปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

() ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง

() ๗. ออทิสติก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิ เข้าร่วม
โครงการ และเป็นผู้มีสิทธิรับเงินตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ว่าด้วยการจ่ายเงิน เพื่อเพิ่มสวัสดิการ
สวัสดิภาพและสิทธิประโยชน์ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเพื่การดำรงชีพ (กิจกรรมครูช่วยครู) จริง พร้อมได้
แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังต่อไปนี้มาด้วย

() 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

แบบรับรองผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ป่วยติดเตียง)
สำหรับผู้ป่วยบ้านเป็นผู้รับรอง

เขียนที่.....

วันที่.....



ผู้ป่วยบ้าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้ป่วยบ้าน.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน บ้านเลขที่ หมู่ที่

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด โทรศัพท์

เป็น ผู้ป่วยติดเตียง

ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารหลักฐานตามผู้เข้าร่วมโครงการฯ แนบมาด้วยแล้ว ประกอบด้วย

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นทางราชการออกให้

() สำเนาเอกสารทางราชการ หรือเอกสารทางการแพทย์ที่รับรองว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง

() อื่น ๆ

จึงขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวมีคุณสมบัติครบถ้วนและมีสิทธิเป็นผู้เข้าร่วมโครงการฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วยบ้าน.....



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