

แบบเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ประจำปี.....
สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อองค์กรที่ขอสนับสนุน (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ) ถ้ามี

๑.๒ องค์กรของท่านจัดอยู่ในประเภทองค์กรใด (เลือกเพียง ๑ ข้อ)

๑.๒.๑) หน่วยงานภาครัฐ

หน่วยงานของรัฐ สังกัดกรม
กระทรวง (ให้ข้ามไปตอบข้อ ๑.๖)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล
องค์กรบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

๑.๒.๒) องค์กรภาคเอกชน

องค์กรด้านคนพิการ

องค์กรชุมชน

องค์กรธุรกิจ

อื่น ๆ ระบุ

๑.๓ รายชื่อคณะกรรมการ/ตำแหน่ง

๑. ประธาน/นายก

๒. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๓. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๔. กรรมการ..... ตำแหน่ง

๕. เจ้าหน้าที่ ๑. ตำแหน่ง

๒. ตำแหน่ง

๓. ตำแหน่ง

๑.๔ ปีที่จดทะเบียนก่อตั้งองค์กรหรือปีที่เริ่มดำเนินการ

๑.๕ ที่ตั้งสำนักงาน (พร้อมแผนผัง)
 โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ
 โทรสาร อีเมล

๑.๖ วัตถุประสงค์ขององค์กรที่ขอสนับสนุน

๑.๗ กิจกรรมหรือโครงการที่องค์กรดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (โดยสรุป)

๑.๘ ผลงานในรอบ ๑ ปี ที่ผ่านมา (โดยสรุป)

๑.๙ องค์กรของท่านเคยเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนา
 คุณภาพชีวิตคนพิการ หรือไม่

ไม่เคย

เคย

(ถ้าเคย) ปีขอรับการสนับสนุน จำนวนครั้งที่ขอรับการสนับสนุน ครั้ง

โครงการล่าสุดที่เคยขอรับการสนับสนุนชื่อโครงการ

ผลของโครงการ

.....

 ปัญหาและอุปสรรค.....

๑.๑๐ แหล่งความช่วยเหลือที่องค์กรได้รับในปัจจุบัน (ทั้งในและต่างประเทศ)

๑. จำนวน..... บาท

๒. จำนวน..... บาท

๓. จำนวน..... บาท

๔. จำนวน..... บาท

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดข้อมูลโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ (แยกตามรายโครงการ)

๒.๑ ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) ถ้ามี

(คำอธิบาย : ชื่อแผนงานหรือโครงการ ต้องมีความชัดเจน เหมาะสม และเฉพาะเจาะจง โดยมีข้อบ่งชี้ถึง เนื้อหาสาระในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในเรื่องต่างๆ เช่น การคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริมและการดำเนินงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ)

๒.๒ ประเภทความพิการที่ขอรับการสนับสนุน

- ประเภททางกายหรือการเคลื่อนไหว
- ประเภททางจิตใจหรือพฤติกรรม
- ประเภททางการมองเห็น
- ประเภททางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
- ประเภททางสติปัญญาหรือการเรียนรู้
- ทุกประเภทความพิการ

๒.๓ ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่.....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร อีเมล

๒.๔ ชื่อผู้ประสานงานโครงการ

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่.....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร อีเมล

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่.....

โทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร อีเมล

๒.๑๑ งบประมาณ (คำอธิบาย : ควรแจกแจงรายละเอียดงบประมาณให้ชัดเจน โดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (๑) มีความสอดคล้องกับโครงการที่ขอรับการสนับสนุน (๒) มีความสมเหตุสมผลประหยัด คุ่มค่า เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้)

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

๑)	เป็นเงิน	บาท
๒)	เป็นเงิน	บาท
๓)	เป็นเงิน	บาท
๔)	เป็นเงิน	บาท
๕)	เป็นเงิน	บาท
๖)	เป็นเงิน	บาท
๗)	เป็นเงิน	บาท
๘)	เป็นเงิน	บาท
๙)	เป็นเงิน	บาท
รวมเป็นเงิน		บาท

ได้เสนอโครงการเดียวกันนี้เพื่อรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นหรือไม่
 ไม่ เสนอแหล่งทุนอื่นด้วย คือ
 ชื่อแหล่งทุนอื่น..... จำนวนเงิน..... บาท

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านส่งโครงการเดียวกันเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ นอกจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่ว่าจะเมื่อใด ขอให้ท่านเปิดเผยข้อมูลนี้ต่อกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หากท่านไม่แสดงข้อมูลดังกล่าว กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการสงวนสิทธิ์ที่จะระงับการสนับสนุนโครงการของท่าน

๒.๑๒ ตัวชี้วัดโครงการ (คำอธิบาย : ตัวชี้วัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลสัมฤทธิ์หรือระบุผลสำเร็จของงานภายหลังจาก การดำเนินโครงการ)

.....

๒.๑๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ (คำอธิบาย : การกำหนดผลที่คาดว่าจะได้รับมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้
 (๑) สามารถกำหนดผลที่เกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อมจากการดำเนินงานตามโครงการ (๒) สามารถระบุกลุ่มเป้าหมายตาม (๒.๗) จะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงผลที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม หลังเสร็จสิ้นโครงการ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คำอธิบาย : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในที่นี้หมายถึงเฉพาะ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุนโครงการ เช่น สนับสนุนสถานที่ วิทยากร งบประมาณ อุปกรณ์ อาสาสมัคร เป็นต้น โดยมีลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ให้การสนับสนุนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้ยืม ให้เช่าราคาถูก ฯลฯ)

๑. สถานที่
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๒. วิทยากร จำนวน คน (โปรดแนบรายชื่อ)
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๓. งบประมาณ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๔. อุปกรณ์ ได้แก่
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๕. อาหาร - เครื่องดื่ม จำนวน วัน / มื้อ
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๖. ยานพาหนะ
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๗. อาสาสมัคร จำนวน คน (โปรดแนบรายชื่อ)
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
๘. อื่นๆ โปรดระบุให้ชัดเจน.....
- ชื่อหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการของท่าน กรุณาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของเอกสารที่กำหนดให้จัดส่งทุกรายการ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อ เอกสารที่ท่านจัดส่งมาพร้อมกับแนบรายละเอียด ดังนี้

- ๑. โครงการตามแบบฟอร์มเสนอโครงการ จำนวน ๑ ชุด พร้อมซีดีไฟล์โครงการ
 - ๒. รายชื่อคณะกรรมการบริหารองค์กรชุดปัจจุบัน
 - ๓. สำเนาใบอนุญาตจัดตั้ง และระเบียบหรือข้อบังคับองค์กร
 - ๔. รายงานผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาอย่างคร่าวๆ
 - ๕. งบดุล งบแสดงรายรับ - รายจ่ายขององค์กร
 - ๖. โครงสร้างทีมงานในการบริหารจัดการโครงการ
 - ๗. รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ หรือรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย
 - ๘. ร่างกำหนดการโครงการ
 - ๙. แผนผังที่ตั้งองค์กร
 - ๑๐. แผนผังของพื้นที่ดำเนินงาน
 - ๑๑. หนังสือรับรององค์กร (กรณีไม่เป็นองค์กรนิติบุคคล)
 - ๑๒. หนังสือรับรองการมีส่วนร่วม (กรณีเป็นโครงการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำจังหวัด)
 - ๑๓. รายงานการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำจังหวัด (กรณีเป็นโครงการตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด)
 - ๑๔. อื่นๆ (ที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาโครงการ).....
-

สถานที่เสนอโครงการ

๑. กรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง) สามารถยื่นเสนอโครงการได้ที่

กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ

เลขที่ ๒๕๕ อาคาร ๖๐ ปี กรมประชาสงเคราะห์

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทร. 02-3543388 ต่อ 124 - 125 หรือ 02-3545294

โทรสาร. 02-3543899

๒. ส่วนภูมิภาค สามารถยื่นเสนอโครงการได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ของจังหวัดทุกจังหวัด

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้เสนอโครงการ
(หัวหน้าองค์กรที่ขอรับการสนับสนุน)

ความเห็นประกอบการพิจารณา

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ลงชื่อ

(.....)

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
ผู้อนุมัติโครงการ