



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกให้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ได้รับมอบหมายจากมูลนิธิคุณพุ่ม ให้เป็นฝ่ายประสานงานในการดำเนินการมอบทุนการศึกษาในจังหวัดปทุมธานี โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประธานมูลนิธิฯ ทรงประธานทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ ในมูลนิธิคุณพุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้เด็กออทิสติกและเด็กพิการทุกประเภทที่มีฐานะยากจนและขาดแคลนโอกาส ได้รับการพัฒนาและได้รับการศึกษาที่ตรงตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คณะกรรมการมูลนิธิโดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ซึ่งได้พิจารณาจัดสรรทุนการศึกษาให้กับเด็กพิการในจังหวัดปทุมธานี จำนวน ๑๐๓ ทุน ทุนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) รวมเป็นเงิน ๕๑๕,๐๐๐ บาท (ห้าแสนหนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) และมูลนิธิคุณพุ่มได้มอบให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี ทำหน้าที่รับสมัครและแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มเป็นรายบุคคล จึงขอประชาสัมพันธ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุน มูลนิธิคุณพุ่ม

๑.๑ ผู้ขอรับทุนจะต้องเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางการศึกษา ทั้ง ๙ ประเภทความพิการที่มีการจดทะเบียนคนพิการกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือเอกสารรับรองความพิการที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ (คณะกรรมการจะพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของมูลนิธิคุณพุ่มเป็นลำดับแรก)

๑.๒ ผู้ขอรับทุนจะต้องกำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา

๑.๓ ผู้ขอรับทุนจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปทุมธานี

๑.๔ กรณีผู้ที่เคยได้รับทุนการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๖ จะต้องส่งสมุดบันทึกค่าใช้จ่าย (สมุดเล่มสีชมพู)

๑.๕ กรณีผู้ที่เคยได้รับทุนการศึกษาจากมูลนิธิคุณพุ่มติดต่อกัน ๒ ปีซ้อน จะไม่ได้รับการพิจารณาทุนฯ

๒. หลักฐานที่ใช้ประกอบการรับสมัคร

ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเขียนใบสมัครการขอรับทุนการศึกษาและแนบเอกสารที่ระบุไว้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ เอกสารแนบดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๒.๑ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๒ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๓ สำเนาสูติบัตรของผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๔ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๕ สำเนาบัตรประชาชนของผู้พิการ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๖ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการหรือเอกสารรับรองความพิการที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ
มีอายุไม่เกิน ๑ ปี | จำนวน ๑ ฉบับ |

๒.๗ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการผู้รับรอง (ตามที่ระบุในส่วนที่ ๓ ของใบสมัคร)
จำนวนข้อละ ๑ ฉบับ (ผู้รับรอง ๒ คน)

๒.๘ มีแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program: IEP) ปีการศึกษา ๒๕๖๗
จำนวน ๑ ฉบับ

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่เพจ Facebook ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัด
ปทุมธานี หรือ www.secpt.go.th กรณีนักเรียนกำลังศึกษาในสถานศึกษาให้ติดต่อขอรับใบสมัครได้ที่โรงเรียน
หรือสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่

๓. เกณฑ์การพิจารณา

๓.๑ ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการที่ยังไม่หมดอายุ หรือเอกสารรับรองความพิการ
ซึ่งออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น

๓.๒ มีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program: IEP)
ปีการศึกษา ๒๕๖๗

๓.๓ ให้สถานศึกษา/โรงเรียนทำหนังสือนำของราชการรับรองจำนวนเด็กพิการที่มีความจำเป็นในการขอรับ
ทุนการศึกษาพร้อมจัดลำดับความสำคัญของการช่วยเหลือ โดยขอให้พิจารณาเด็กออทิสติกและยากจน
มาเป็นอันดับแรกและพิจารณาเด็กพิการประเภทอื่นๆเป็นลำดับต่อไป นำส่งให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำ
จังหวัดปทุมธานี ภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓.๔ กรณีผู้ที่เคยได้รับทุนการศึกษา ๒๕๖๖ จะพิจารณาหลักฐานเพิ่มเติม คือ

พิจารณาผลการใช้ทุนการศึกษา การส่งสมุทราณายงานการใช้จ่าย(เล่มสีชมพู) ตรงตามวัตถุประสงค์และ
ผู้ขอรับทุนการศึกษามีพัฒนาการดีขึ้น และการรายงานความก้าวหน้าทางการศึกษาที่สอดคล้องกับสมุด
รายงานค่าใช้จ่าย (เล่มสีชมพู)

หมายเหตุ ในกรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วนให้ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัคร

๔. วันเวลาที่รับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ จนถึงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ในวันเวลาราชการ วันจันทร์ –
วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

๕. สถานที่รับสมัคร

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี เลขที่ ๔๗/๑ หมู่ ๑๐ ซอยลาดบัว ๑ (ทำสะดวกอนุสรณ์)
ตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี โทร ๐๒-๑๕๗๓๐๐๙ , ๐๙๒-๘๕๔๙๔๓๐ และ ๐๙๒-๕๘๗๕๗๙๗
ติดต่อ นางสาวอุไรวรรณ วงศ์แสง และนางสาวพิมพ์บุญ ไตรบุตร เจ้าหน้าที่ทุนการศึกษา

ในการยื่นเอกสารสมัครขอรับทุนการศึกษา กรุณาขอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารเพื่อความ
ถูกต้องครบถ้วน หากต้องได้รับการแก้ไขให้นำเอกสารกลับไปแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วนำกลับมายื่นเอกสารใหม่อีกครั้ง
(หากท่านใดไม่ส่งเอกสารตามวันและเวลาดังกล่าว ถือว่าท่านขอสละสิทธิ์การขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม)

๖. การคัดเลือก

๖.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติและพิจารณาคัดเลือกคุณสมบัติผู้ขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ และสรุปผลการพิจารณาฯ เสนอต่อผู้บริหาร

๖.๒ มติการคัดเลือกของคณะกรรมการถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

๗. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ ตรวจสอบรายชื่อได้ที่

๗.๑ บอร์ดประชาสัมพันธ์ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี

๗.๒ เว็บไซต์ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี www.secpt.go.th

๗.๓ เพจ Facebook ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี

หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อได้ที่ ๐๒-๑๕๗๓๐๐๙ , ๐๙๒-๘๕๔๙๔๓๐ และ ๐๙๒-๕๘๗๕๗๙๗ (นางสาวอุไรวรรณ วงศ์แสง และนางสาวพิมพ์บุญ ไตรบุตร เจ้าหน้าที่ทุนการศึกษา) ในวันเวลาราชการ วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางสาวภัทรกร หมื่นมะเริง)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี

ส่วนของผู้จำหน่ายที่

เลขที่ลงทะเบียน.....

เอกสารประกอบการขอรับทุนที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- ผู้ขอรับทุนจะต้องกำลังศึกษาอยู่ โรงเรียน.....
- ผู้ขอรับทุนจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปทุมธานี
๑. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง
๒. สำเนาบัตรประชาชนของบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง
๓. สำเนาสูติบัตรของผู้พิการ
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ
๕. สำเนาบัตรประชาชนของผู้พิการ (ถ้ามี)
๖. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการหรือเอกสารรับรองความพิการที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ มีอายุไม่เกิน ๑ ปี
๗. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการผู้รับรอง ๒ คน (ตามที่ระบุในส่วนที่ ๓ ของใบสมัคร)
๘. มีแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program: IEP) ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้สมัครขอรับทุน
(.....)

ได้ตรวจเอกสารและรับเอกสารไว้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๗

ส่วนของผู้ขอรับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม

ใบรับเอกสาร

๑. ใบสมัครและเอกสารประกอบการขอรับทุนฯ คณะกรรมการจะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ หลังตรวจสอบและได้รับเอกสารไว้ครบถ้วนแล้ว

๒. กรุณากรอกเอกสารด้วยตัวบรรจง

๓. การตัดสินใจของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2567

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

- กลุ่ม เด็กที่เรียนในระบบ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
 เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องจากข้อจำกัดความพิการ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

- การมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา ร่างกาย ปัญหาการเรียนรู้(LD) การพูดและภาษา
 พฤติกรรมและอารมณ์ ออทิสติก พิการซ้อน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุนการศึกษา

1.1 ชื่อ(ต.ญ./ค.ช./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี
รหัสประจำตัวประชาชน.....

1.2 ชื่อสถานศึกษา.....
กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นของตนเอง เช่า บ้านพักหน่วยงาน อาศัยผู้อื่น ไม่มีที่อยู่
1.3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

1.3.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ข้อมูลบิดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

1.4 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

1.5 ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ บิดาและมารดาขณะนี้ สมรส อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน แยกกันอยู่ หย่าร้าง

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีใช้บิดา/มารดา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย อื่นๆได้แก่.....
ชื่อ.....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

*ในระหว่างการรับทุน ในปีการศึกษา 2567 นี้ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรับทุนจากแหล่งอื่น และขอรับรองว่าข้อมูล
ดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

1. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา
 - 1.1 เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
 - 1.2 เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ
 - 1.3 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์
2. หลักฐานที่นำมายืนยันทั้งหมด
 - สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - สำเนาสูติบัตรเด็ก
 - สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและสำเนาบัตรประชาชนเด็ก (กรณีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไป)
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้รับรอง (ส่วนที่ 3)
 - สำเนาบัตรคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ
3. ประวัติการได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานใดมาก่อน
 - ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาทต่อเดือน
 - เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษา ได้แก่.....
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่รวม ผู้รับทุน บิดา มารดาและผู้ปกครอง) รวม.....คน
5. ภาวะหนี้สิน ไม่มีหนี้สิน มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท
6. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

.....
.....

- สภาพความเป็นอยู่ ดี ปานกลาง ชัดสนขาดแคลน
- สภาพสิ่งแวดล้อม ดี ปานกลาง ไม่ดี

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ หน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ที่ได้รับมอบหมาย

- อนุมัติให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
- ไม่อนุมัติ เพราะ (ระบุเหตุผล).....

ลายมือชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรอง

1. หนังสือรับรองจากชุมชนหรือผู้ที่นำเชื่อถือ (ประธานชุมชน/ข้าราชการ/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานชมรมคนพิการหรือชมรมผู้ปกครองที่สมาคมแห่งชาติตามประเภทความพิการรับรอง)

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าครอบครัวผู้ขอรับทุนประสบปัญหาความเดือดร้อน คือ.....
.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่...../...../.....

2. หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบที่ผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

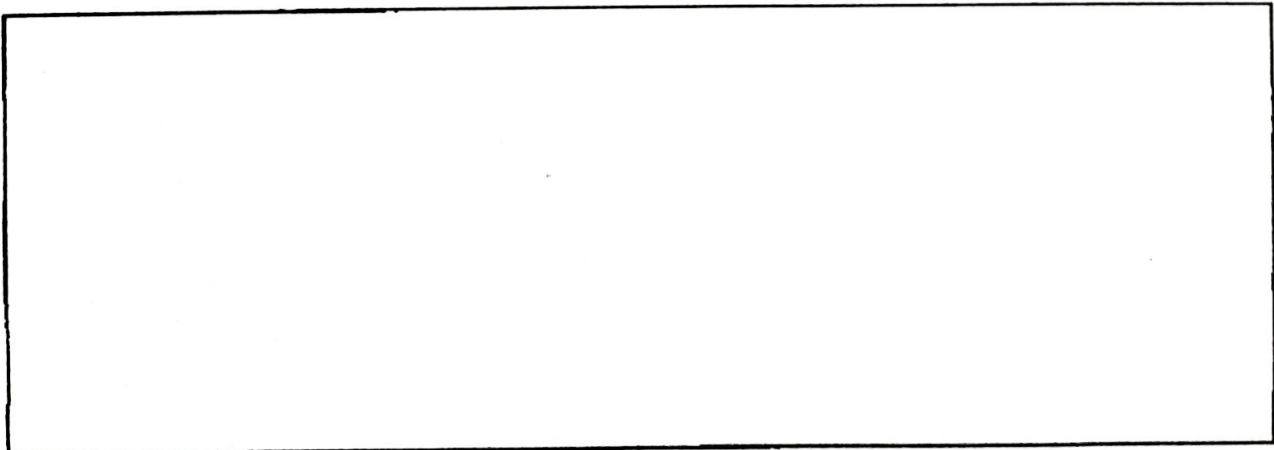
ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
รหัสประจำตัวประชาชน.....
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง
(ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว/ผอ.สถานศึกษา/ผอ.ศูนย์การศึกษาพิเศษ)

(ส่วนของผู้รับสมัคร)

ยื่นเรื่องวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
สถานที่รับสมัคร.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....
โทรศัพท์.....

วาดแผนที่บ้านโดยสังเขป



แบบฟอร์มบัญชีรายชื่อผู้ขอรับทุนมูลนิธิคุณพุ่ม
 เรียงตามลำดับความจำเป็นในการช่วยเหลือโดยพิจารณาเด็กออทิสติกและยากจนมากที่สุดเป็นอันดับแรก
 ปีการศึกษา ๒๕๖๗
 โรงเรียน.....

ที่	ชื่อ-สกุลเด็ก เลขประจำตัวประชาชน	อายุ	ประเภทความพิการ	ที่อยู่ปัจจุบัน/เบอร์โทรศัพท์	ชื่อสถานศึกษา	ระดับชั้น	รายงานผลบันทึกค่าใช้จ่าย เงินทุนการศึกษา ปี ๖๖ (เต็ม สิ้นปี)	สภาพปัญหา/ความเดือดร้อน	หลักฐานการขอทุน/ระบุเป็นรายชื่อ

ชื่อผู้รายงานข้อมูล.....

เบอร์โทรศัพท์.....