

ที่ ศธ ๐๒๑๐.๓๐/๑๓๗๒



สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดตรัง
ถนนพหลุง อำเภอเมือง ตรัง ๙๒๐๐๐

๑๙ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง การของบประมาณขุดหนุนรายหัวขั้นพื้นฐานในการจัดการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
สำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มการของบประมาณขุดหนุนรายหัวขั้นพื้นฐานฯ จำนวน ๑ ชุด

สำนักงาน กศน. ได้จัดสรรงบประมาณขุดหนุนรายหัวขั้นพื้นฐานในการจัดการศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้กับสถานศึกษาเพื่อดำเนินการจัด
การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับคนพิการทุกประเภท

ในการนี้ สำนักงาน กศน.จังหวัดตรัง จึงขอให้สถานศึกษาในสังกัด พิจารณาวิเคราะห์ คัดกรองคน
พิการตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๒
และบทบาทหน้าที่ของครูผู้สอนคนพิการ เพื่อของบประมาณขุดหนุนรายหัวขั้นพื้นฐานในการจัดการศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับคนพิการ ตามแบบฟอร์มการของบประมาณขุดหนุนรายหัวขั้นพื้นฐานฯ
ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอให้จัดส่งเอกสารดังกล่าวมายัง สำนักงาน กศน.จังหวัดตรัง ภายใน
วันศุกร์ที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๑ เพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

๒

(นายสุรชัย จันทร์สถาพร)

ผู้อำนวยการ สำนักงาน กศน.จังหวัดตรัง

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และการพัฒนา

โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๔๔๐

โทรสาร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๐๑๖

<http://trang.nfe.go.th>

แบบฟอร์มการของบประมาณงบบุคลากรรายหัวขั้นพื้นฐานในการจัดการศึกษาระบบและ
การศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
สำนักงาน กศน.จังหวัดตรัง

อำเภอ.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

บัญชีรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยสำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ 2562

สำนักงาน กศน.จังหวัดตรัง

ที่	สถานศึกษา จังหวัด	สถานศึกษา	ประเภทความพิการ	ระดับ				จำนวน		ค่าตอบแทน ครู(คน* 15000*12)	ค่าพาหนะ (คน*1000*12)	ค่าวัสดุ (กลุ่มละ 3,000บาท)	หมายเหตุ
				ประถม	ม.ต้น	ม.ปลาย	รวม	ชาย	หญิง				
1	ตรัง												
รวม กศน. อำเภอ.....													

หมายเหตุ กรุณาเรียงตามประเภทความพิการ : บุคคลผู้ที่มีความบกพร่อง

- 1 ทางการเห็น
- 2 ทางการได้ยิน
- 3 ทางสติปัญญา
- 4 ทางร่างกาย
- 5 ทางการเรียนรู้
- 6 ทางการพูด
- 7 ทางพฤติกรรม
- 8 ออทิสติก
- 9 พิการซ้อน

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเลข 1. เรียงตามประเภทความพิการ : บุคคลที่มีความบกพร่อง

- | | | |
|-----------------|------------------|-----------------|
| 1. ทางการเห็น | 4 ทางร่างกาย | 7 ทางพฤติกรรมมา |
| 2. ทางการได้ยิน | 5 ทางการเรียนรู้ | 8 ออทิซึม |
| 3. ทางสติปัญญา | 6 ทางการพูด | 9 พิการซ้อน |

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ตรวจสอบรายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....