



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี
เรื่อง การขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๓

.....

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี ได้รับมอบหมายจากมูลนิธิคุณพุ่มเป็นฝ่ายประสานงานในการดำเนินการมอบทุนการศึกษาในจังหวัดชลบุรี โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประธานทุนมูลนิธิฯ ทรงประธานทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษในมูลนิธิคุณพุ่ม เพื่อให้เด็กพิการได้รับการพัฒนาสมรรถภาพและได้รับการศึกษาที่ตรงตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล โดยจัดสรรให้ทุนการศึกษาให้แก่เด็กพิการทุกประเภทที่มีฐานะครอบครัวยากจน และขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คณะกรรมการมูลนิธิฯ โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ซึ่งได้พิจารณาจัดสรรทุนการศึกษาให้กับเด็กพิการในจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๔๕ ทุน มูลค่าทุนละ ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๗๒๕,๐๐๐ บาท (เจ็ดแสนสองหมื่นห้าพันบาทถ้วน) และมูลนิธิคุณพุ่มได้มอบให้ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี ทำหน้าที่รับสมัครและแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับทุนมูลนิธิคุณพุ่มเป็นรายบุคคล จึงประกาศรับสมัครเด็กออทิสติกและเด็กพิการประเภทอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอรับทุน

- ๑.๑ ผู้ขอรับทุนจะต้องเป็นผู้มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
- ๑.๒ ผู้ขอรับทุนจะต้องเป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ/เอกสารรับรองความพิการที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ
- ๑.๓ ผู้ขอรับทุนจะต้องเป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชลบุรี
- ๑.๔ ผู้ขอรับทุนจะต้องมีอายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์
- ๑.๕ ผู้ขอรับทุนจะต้องเป็นเด็กพิการที่ศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน และเป็นเด็กที่ขาดโอกาสการเรียนรู้/ออกจากการศึกษากลางคัน และเด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนที่มีข้อจำกัดความพิการ

๒. เอกสารการรับสมัคร

ผู้สมัครขอรับทุนต้องยื่นเอกสารให้ครบถ้วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๒.๑ ใบสมัครตามแบบที่กำหนดพร้อมกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒.๒ สำเนาสูติบัตรของผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้พิการ (กรณีอายุเกิน ๑๕ ปี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๖ สำเนาบัตรประชาชนของบิดาหรือมารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๗ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |

๒.๘ สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับรอง(ตามที่ระบุในส่วนที่ของใบสมัคร) จำนวนข้อละ ๑ ฉบับ

๒.๙ ภาพถ่ายที่พำนักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เด็กอาศัยในปัจจุบัน จำนวน ๑ ฉบับ

๓. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครพร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ในวันและเวลาราชการ (ใบสมัครรับได้ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี หรือดาวน์โหลดทางเว็บไซต์ของศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี) ส่งใบสมัครได้ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๗๐๑ หมู่ ๓ ตำบลหนองขาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๗๐ เบอร์โทร : ๐๓๘- ๒๐๒๐๐๐, ๐๘๐-๖๔๖๙๐๐๒, ๐๘๑-๕๘๙๐๗๑๗ โทรสาร.๐๓๘- ๒๐๒๐๐๐ ต่อ ๑๐๓

๔. เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

๔.๑ พิจารณาเด็กออทิสติกชนิดรุนแรงและยากจนมากเป็นอันดับแรก ตามเอกสารรับรองความพิการ พิจารณาเด็กพิการประเภทอื่นเป็นลำดับต่อไป

๔.๒ ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเขียนใบสมัครการขอรับทุนการศึกษา (กรณาคัดรูปถ่ายมาด้วย) และแนบเอกสารที่ระบุไว้พร้อมรับรองถูกต้องทุกฉบับ และกรอกข้อมูลทุกช่องตามความจริง หากกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาพิจารณา (โดยส่งใบสมัครที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี)

๔.๓ ผู้ขอรับทุนจะต้องมีสมุดประจำตัวคนพิการ/บัตรคนพิการ ที่ยังไม่หมดอายุหรือเอกสารรับรองความพิการซึ่งทางโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยจะพิจารณาจากผู้ขอรับทุนที่มีบัตรคนพิการหรือสมุดประจำตัวคนพิการก่อน

๔.๔ คณะกรรมการดำเนินการทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม จะดำเนินการตรวจสอบเอกสารและสภาพความเป็นอยู่และรายได้ครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาถึงความจำเป็นของการขอรับทุนการศึกษา และจะประกาศแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการพิจารณาในลำดับต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นางสาวทักษิณา ช่วยบำรุง)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี

กำหนดการการรับสมัครทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓
ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี

ลำดับที่	วัน/เดือน/ปี	สถานที่
๑. ประกาศรับสมัครทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่มประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓	๑ มิถุนายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓	ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี
๒. คณะกรรมการพิจารณากันกรองคุณสมบัติผู้ที่ขอรับทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่มประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓	กรกฎาคม	ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี
๓. ประชุมคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่มประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓	กรกฎาคม	-
๔. ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่มประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ จำนวน ๑๔๕ ทุน	สิงหาคม	http://www.secchonburi.go.th
๕. พิธีมอบทุนการศึกษาในมูลนิธิคุณพุ่มประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓	กันยายน	อาคารเอนกประสงค์ ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี

หมายเหตุ กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

แบบขอรับทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2563

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

- กลุ่ม ☐ เด็กที่เรียนในระบบ ☐ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
☐ เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องมาจากข้อจำกัดความพิการ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

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

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุนการศึกษา

- 1.1 ชื่อ(ต.ญ./ด.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 2563 นี้ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรับทุนจากแหล่งอื่น และขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง
(.....)

ส่วนที่ 2 แบบสอบข้อเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

1. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา
 - 1.1 เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
 - 1.2 เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ
 - 1.3 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์
2. หลักฐานที่นำมายื่นทั้งหมด
 - ☐ 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. ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท
6. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

สภาพความเป็นอยู่ ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ชดสนขาดแคลน
สภาพสิ่งแวดล้อม ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ไม่ดี

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

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

ตำแหน่ง.....

ชื่อ หน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ที่ได้รับมอบหมาย

- ☐ อนุมัติให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
 - ☐ ไม่อนุมัติ เพราะ(ระบุเหตุผล).....
- ลายมือชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)

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)

(ส่วนของเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

ยื่นเรื่องวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถานที่รับสมัคร.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....

โทรศัพท์.....

วาดแผนที่บ้านโดยสังเขป

แนวปฏิบัติการพิจารณาทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

เรียน ผู้สมัครขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

ด้วยมูลนิธิคุณพุ่มได้พิจารณาจัดสรรทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ โดยจำนวนทุนการศึกษาที่จังหวัดชลบุรีได้รับการจัดสรร คือ จำนวน ๑๔๕ ทุนๆละ ๕,๐๐๐ บาท โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

๑. พิจารณาเด็กออทิสติกชนิดรุนแรงและยากจนมากเป็นอันดับแรก
๒. พิจารณาเด็กพิการประเภทอื่นเป็นลำดับต่อไป
๓. ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเขียนใบสมัครการขอรับทุนการศึกษา (กรุณาติดรูปถ่ายมาด้วย) และ แนบเอกสารที่ระบุไว้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ และกรอกข้อมูลทุกช่องตามความเป็นจริง หากกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาพิจารณา โดยส่งใบสมัครที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่
๔. ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องมีสมุดประจำตัวคนพิการ ที่ยังไม่หมดอายุ หรือ เอกสารรับรองความพิการ ซึ่งออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้นและไม่เกิน ๖ เดือน นับจากวันส่งใบสมัคร การพิจารณาจะพิจารณาจากผู้ขอรับทุนการศึกษาที่มีสมุดประจำตัวคนพิการเป็นอันดับแรก
๕. รูปที่อยู่อาศัย โดยจะแนบมาเป็นภาพถ่าย หรือปริ้นต์ใสกระดาษ A๔ ก็ได้ ซึ่งจะต้องเห็นสภาพบ้านชัดเจน
๖. จะพิจารณาผู้ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดชลบุรีเป็นอันดับแรก
๗. กรณีที่เคยได้รับทุนการศึกษา จะพิจารณาจากผลการใช้ทุนการศึกษาสมุดรายงานเล่มสี่ชมพูมีการใช้จ่ายตรงตามวัตถุประสงค์และผู้ขอรับทุนการศึกษามีพัฒนาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยศูนย์การศึกษาพิเศษแต่ละจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมตรวจสอบและประเมินผล
๘. กรณีขอทุนการศึกษารายใหม่ ศูนย์การศึกษาพิเศษและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบเอกสาร และสภาพความเป็นอยู่และรายได้ครอบครัวแล้วและลงนาม เพื่อประกอบการพิจารณาถึงความจำเป็นของการขอรับทุนการศึกษาและต้องแนบภาพถ่ายมาในใบสมัครด้วย
๙. ครูประจำชั้นจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารผู้สมัครก่อนนำส่งมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี
๑๐. ในกรณีที่ได้รับการคัดเลือกให้รับทุนการศึกษาแล้วนั้น(ต้องได้รับการพิจารณาจากการประชุมคณะกรรมการก่อนจึงจะเปิดบัญชี โดยเจ้าหน้าที่จะติดต่อไปเมื่อพิจารณาเรียบร้อยแล้ว) กรณีรายได้ตรวจสอบบัญชีธนาคารว่ายังใช้งานอยู่หรือไม่ กรณีรายใหม่ให้ผู้ขอรับทุนเปิดบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาในจังหวัดชลบุรีเท่านั้น เนื่องจากบัญชีต่างธนาคารจะมีส่วนต่างเพิ่มขึ้นและเพื่อสะดวกในการโอน และส่งสำเนาบัญชีธนาคารมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๑๒ จังหวัดชลบุรี

ปิดรับสมัครวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

กรณีมีข้อสงสัย ประสานงานมายังเบอร์โทรศัพท์ ครูศิริรัตน์ แซ่ลิ้ม ๐๘๕-๗๗๕๐๙๒๑ หรือ ครูภัทราพร ๐๖๓- ๘๓๕๑๔๒๓