

# ด่วนที่สุด

ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๕๘๖



ศาลากลางจังหวัดแพร่  
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๔๐๐๐

๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม้เท้าขาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกเทศมนตรีเมืองแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๕๖๐

ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดแพร่ได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย แจ้งว่าวันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม้เท้าขาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม้เท้าขาวเป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม้เท้าขาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ

ในการนี้ จังหวัดแพร่ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรวจคนพิการทางการเห็นที่ไม่มีไม้เท้าขาว ไม้เท้าขาวชำรุด หรือไม้เท้าขาวสูญหายจากสาธารณภัย ตามแบบคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น แล้วจัดส่งให้จังหวัดเพื่อนำส่งผลการสำรวจข้อมูลให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ภายในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ และเมื่อได้รับจัดสรรไม้เท้าขาวจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เพื่อมอบให้ผู้พิการทางการเห็น ให้รายงานผลการปฏิบัติงานการมอบไม้เท้าขาวให้จังหวัดเพื่อรายงานให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยทราบต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอขอให้แจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยสินธุ์ ชัยสัมฤทธิ์ผล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร.๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๕

ผู้ประสานงาน นางวิมลรัตน์ สุทธิดี

นว. ๑๗  
๑๗



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่  
เลขที่..... 4628  
วันที่..... 12 พ.ย. 2567  
เวลา.....

ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว๕๕๖๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดกิจกรรมวันไม้เท้าขาวสากลประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มคำขอรับไม้เท้าขาวให้ผู้พิการทางการเห็น จำนวน ๑ ชุด  
๒. แบบฟอร์มสรุปภาพรวมข้อมูลการมอบไม้เท้าขาวให้ผู้พิการทางการเห็น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยว่า วันที่ ๑๕ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันไม้เท้าขาวสากล เพื่อกระตุ้นเตือนให้สังคมโลกตระหนักและส่งเสริมศักยภาพของคนพิการทางการเห็น โดยมีไม้เท้าขาวเป็นสัญลักษณ์ของคนพิการทางการเห็นทั่วโลก จึงมีนโยบายมอบไม้เท้าขาวให้คนพิการทางการเห็นทั่วประเทศ โดยขอความอนุเคราะห์จังหวัดประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. สสำรวจคนพิการทางการเห็น ที่ไม่มีไม้เท้าขาว ไม้เท้าขาวชำรุด หรือไม้เท้าขาวสูญหาย จากสาธารณสุข ตามแบบคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น แล้วจัดส่งให้จังหวัดเพื่อนำส่งผลการสำรวจข้อมูลให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๒. รับมอบไม้เท้าขาวจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เพื่อจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และรวบรวมผลการปฏิบัติงานการมอบไม้เท้าขาวให้แก่ทางสมาคมประชาคมคนตาบอดไทยทราบ

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาดำเนินการสำรวจข้อมูลคนพิการทางการเห็นและรายงานให้จังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทยโดยตรง ภายในวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถประสานงานได้ที่ สำนักเลขานุการ คณะกรรมการบริหาร สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๑๒๓๔-๘๖๑๒, ๐๒-๐๓๖-๖๙๘๘ E-mail: tabc.officecenter@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

แบบฟอร์มคำขอรับไม้เท้าขาวผู้พิการทางการเห็น  
 (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....

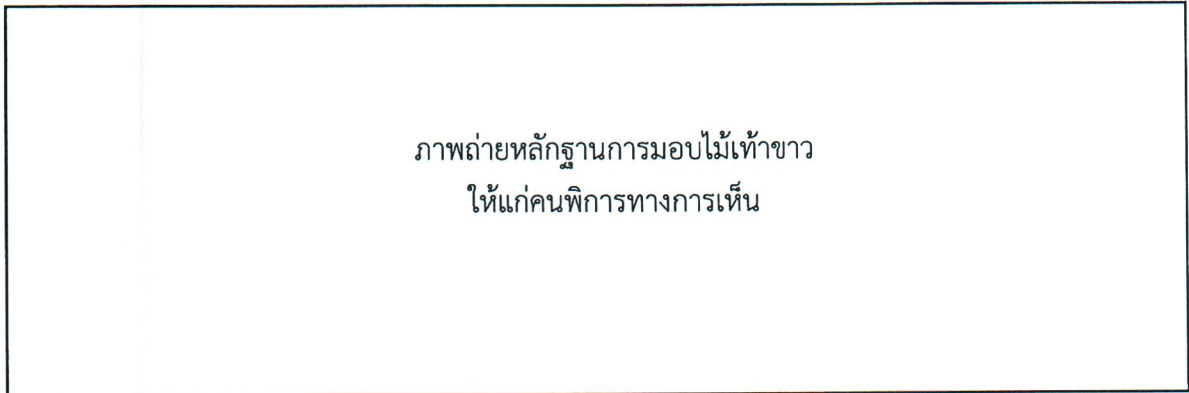
ลำดับ	จำนวนผู้พิการ ที่ขอรับไม้เท้าขาว	หมายเหตุ

(.....)  
 ผู้รายงาน.....  
 ตำแหน่ง.....  
 สังกัด.....  
 เบอร์โทร.....



แบบรายงานผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ในการมอบไม้เท้าขาวให้แก่ผู้พิการทางการเห็น

(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....จังหวัด.....



๑. ชื่อ - สกุล (ผู้ขอรับ)

.....

๒. ผลการดำเนินงาน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๓. หลักฐานเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ภาพถ่ายหลักฐานการมอบไม้เท้าขาว

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือใบรับรองความพิการจากแพทย์ (ฉบับจริง)

(.....)

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

เบอร์โทร.....

