

# ด่วนมาก

ที่ ศธ ๕๒๑๑/ว.๒๓



สำนักงาน สกสศ.กรุงเทพมหานคร

๑๒๘/๑ ถนนนครราชสีมา

เขต ดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต	
เลขรับ.....	1882
วันที่.....	13 พ.ค. 63
เวลา.....	12.๑๗น.

เรื่อง สำรวจข้อมูลครูผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยสวนดุสิต (ผู้รับบ้านาญ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ได้พิจารณาเห็นว่า ปัจจุบันมีครูและบุคลากรทางการศึกษาจำนวนมากไม่น้อยที่ประสบปัญหาด้านการดำรงชีพ และความเป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากเกษียณอายุราชการหรือพ้นจากงานแล้ว เช่น ถูกทอดทิ้ง เป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขาดรายได้และบุตรหลานหรือผู้อุปการะดูแล เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมอบหมายให้สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร ดำเนินกิจกรรมครูดูแลครูที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นการนำร่องโดยจัดสรรงบประมาณ ๑,๗๐๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งล้านเจ็ดแสนบาทถ้วน) มาให้ดำเนินการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายครูผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๘๐ คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงประกอบการขออนุมัติโครงการ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการมอบหมาย ให้สถานศึกษา / หน่วยงานในสังกัด หรือกลุ่มครูบ้านาญ สำรวจและเสนอรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย คืบสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร ภายในวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ด้วยดีจากท่านเสมอมา จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมเกียรติ เจริญนิม)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู

และบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร

สำนักงาน สกสศ.กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ : ๐๒ ๒๘๘ ๔๕๓๑ , ๐๒ ๒๘๘ ๔๕๖๓ , ๐๘๙ ๘๐๙ ๘๙๕๘

โทรสาร : ๐๒ ๒๘๘ ๔๕๓๒

E - Mail : otep\_new@hotmail.com

แบบเสนอรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ

1. หน่วยงานที่เสนอ .....

โดย ..... ตำแหน่ง .....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ .....

2. ชื่อผู้ป่วย ..... อายุ .....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ .....

อาการเจ็บป่วย .....

3. สภาพครอบครัวของผู้ป่วย

3.1 บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย .....

.....

3.2 ผู้อุปการะหรือดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ..... โทรศัพท์ .....

.....

3.2 รายได้ในการดำรงชีพ เดือนละ .....

ได้จาก .....

4. ชื่อญาติหรือผู้อุปการะของผู้ป่วยที่สามารถติดต่อกับ สำนักงาน สกสศ.กรุงเทพมหานคร ได้สะดวก

..... โทรศัพท์ .....

5. แผนที่บ้านผู้ป่วย

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอ

หมายเหตุ ถ้าประสงค์จะเสนอชื่อผู้ป่วย มากกว่า 1 ราย สามารถถ่ายเอกสารแบบเสนอเพิ่มเติมได้