

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

เอกสารหมายเลข ๑

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการเสริมพลัง สร้างอาชีพ เพื่อคนพิการพึ่งพาตนเอง
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด _____

คำอธิบาย

โครงการเสริมพลัง สร้างอาชีพ เพื่อคนพิการพึ่งพาตนเอง เป็นโครงการเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างความเข้มแข็งของระบบเศรษฐกิจ ในการดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ในมิติ ด้านเศรษฐกิจชุมชนและอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์

๑) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของคนพิการให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ อย่างเหมาะสมกับสภาพความพิการของตนเอง

๒) เพื่อสร้างโอกาสในการประกอบอาชีพและสร้างรายได้แก่คนพิการอย่างยั่งยืน ทั้งในรูปแบบของการจ้างงาน การทำงานอิสระ หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว

๓) เพื่อสนับสนุนและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน ในการพัฒนาศักยภาพและอาชีพของคนพิการอย่างบูรณาการ

คำชี้แจง

กรุณาอ่านคำชี้แจงต่อไปนี้ก่อนกรอกใบสมัคร

๑. ผู้มีสิทธิสมัคร

- คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ
- สมาชิกในครอบครัวของคนพิการที่ประสงค์จะประกอบอาชีพเพื่อดูแลและสนับสนุนคนพิการในครอบครัว

๒. คุณสมบัติพื้นฐานของผู้สมัคร

- มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป
- มีความสนใจและความตั้งใจจริงในการฝึกอาชีพและนำไปใช้ประกอบอาชีพ
- มีความพร้อมในด้านเวลาและสถานที่ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด
- ยินดีให้ความร่วมมือในการประเมินและติดตามผลโครงการ

๓. หลักฐานที่ใช้ในการฝึกอบรม

อบรมหลักสูตรที่มีระยะเวลาอบรมอย่างน้อย ๑๘ ชั่วโมง (๓ วัน) ดังนี้

- อาหาร เครื่องดื่ม อาหารว่าง
- อาหารแปรรูปจากเกษตร
- สิ่งประดิษฐ์จักรยาน
- เทคโนโลยีและช่างฝีมือ
- การขายสินค้า/บริการ

๔. การกรอกใบสมัคร

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นจริง พร้อมแนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ระบุประเภทอาชีพที่ต้องการฝึกให้ชัดเจน (สามารถเลือกจากรายการที่โครงการกำหนด)
- หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการในพื้นที่ของท่าน

๕. กระบวนการหลังการสมัคร

- โครงการจะดำเนินการคัดเลือกผู้สมัครตามเกณฑ์ความพร้อมและความเหมาะสม
- ผู้ผ่านการคัดเลือกจะได้รับแจ้งกำหนดการฝึกอบรมและรายละเอียดต่าง ๆ
- ผู้ผ่านการฝึกอบรมจะได้รับการติดตามเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพตามความเหมาะสมต่อไป



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

หมายเหตุ

ข้อมูลที่กรอกในใบสมัครจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเท่านั้น และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ข้าพเจ้ายินยอมในการให้ข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลบางส่วน เพื่อใช้ในการสมัครเข้าร่วมอบรม บันทึกภาพหรือวิดีโอขณะเข้าร่วมการอบรม

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

๒. ท่านสามารถเข้าร่วมอบรมได้ครบตลอดหลักสูตรหรือไม่

☐ ตลอดหลักสูตร

☐ เข้าร่วมได้บางวัน

ข้อมูลทั่วไปของผู้สมัคร

๓. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ _____) _____ นามสกุล _____

๔. อายุ _____ ปี

๕. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____
ถนน _____ ซอย _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

๖. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____

๗. E-mail (ถ้ามี) _____

๘. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถม

☐ มัธยมต้น

☐ มัธยมปลาย

☐ ปวช.

☐ ปวส.

☐ ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

๙. สถานะอาชีพปัจจุบัน

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ ประกอบอาชีพ (กรุณาเลือก)

☐ รับราชการ/พนักงานราชการ

☐ พนักงานเอกชน

☐ อาชีพอิสระ (กรุณาเลือก)

() อาหาร เครื่องดื่ม อาหารว่าง เช่น ขนมไทย อาหารจานเดียว น้ำสมุนไพร เป็นต้น

() อาหารแปรรูปจากเกษตร เช่น กถั่วยอบแห้ง แยม น้ำพริกแห้ง เป็นต้น

() สิ่งประดิษฐ์/ชิ้นงาน เช่น กระเป๋าสาน พวงกุญแจจากเศษวัสดุ เป็นต้น

() เทคโนโลยีและช่างฝีมือ เช่น ช่อมอุปกรณ์ไฟฟ้าเบื้องต้น, งาน 3D printing เป็นต้น

() การขายสินค้า/บริการ เช่น การจัดหน้าร้าน การใช้มือถือถ่ายภาพสินค้า การไลฟ์สด เป็นต้น

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑๐. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ <๓,๐๐๐ บาท/เดือน ☐ ๓,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท/เดือน
☐ ๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน ☐ ๑๐,๐๐๑-๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน ☐ >๑๕,๐๐๐ บาท/เดือน

สถานะของผู้สมัคร

๑๑. สถานะ

- ☐ ผู้ดูแลคนพิการ
☐ คนพิการ ประเภทความพิการ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
 ☐ พิการทางการเห็น () ตาบอดสนิท ทั้ง ๒ ข้าง () สายตาเลือนราง ทั้ง ๒ ข้าง
 ☐ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 ☐ พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย () นั่งวีลแชร์ () ใช้ไม้ค้ำยัน
 ☐ พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 ☐ พิการทางสติปัญญา
 ☐ พิการทางการเรียนรู้
 ☐ พิการทางออทิสติก
 ☐ พิการมากกว่า ๑ ประเภท _____

๑๒. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

- ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้ โดยต้องการผู้ดูแล (☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่)

ความสนใจและแผนการเข้าร่วมโครงการของผู้สมัคร

๑๓. สนใจหลักสูตร (เลือก อันดับ ๑ และอันดับ ๒ อย่างละ ๑)

อันดับ ๑ ☐ อาหาร/เครื่องดื่ม ☐ อาหารแปรรูป ☐ งานฝีมือ/จักสาน ☐ เทคโนโลยี/ช่าง ☐ ขายสินค้า/บริการ	อันดับ ๒ ☐ อาหาร/เครื่องดื่ม ☐ อาหารแปรรูป ☐ งานฝีมือ/จักสาน ☐ เทคโนโลยี/ช่าง ☐ ขายสินค้า/บริการ
--	--

เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับหลักสูตรที่เลือกหรือไม่

- ☐ เคย (ระบุ) _____ ☐ ไม่เคย

๑๔. เหตุผลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ (สามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ต้องการพัฒนาศักยภาพอาชีพ (เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพความพิการและความสามารถของตนเอง)
☐ มีเป้าหมายในการมีรายได้และพึ่งพาตนเอง (ต้องการมีอาชีพเป็นของตนเอง เพื่อสร้างรายได้ให้กับครอบครัว ลดการพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น)
☐ ขาดโอกาสในการเข้าถึงการฝึกอาชีพจากแหล่งอื่น (ไม่มีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรมกับหน่วยงานอื่นหรือพื้นที่ที่อยู่อาศัยอยู่ห่างไกลจากแหล่งฝึกอบรมหลัก)
☐ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน (มีแรงจูงใจจากคนในครอบครัวหรือชุมชนที่ส่งเสริมให้เข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาตนเองและมีอาชีพที่มั่นคง)

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ☐ ต้องการเสริมสร้างความมั่นใจและศักยภาพในตนเอง (เชื่อว่าโครงการจะช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง และยกระดับสถานะทางสังคมในฐานะคนพิการที่สามารถพึ่งพาตนเองได้)
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

๑๕. แผนในการดำเนินการหลังจากเข้าร่วมโครงการ “เสริมพลัง สร้างอาชีพ เพื่อคนพิการพึ่งพาตนเอง”

- ☐ นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปฝึกฝนเพิ่มเติม (ฝึกซ่อมและพัฒนาทักษะที่ได้เรียนมาให้เกิดความชำนาญ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มต้นประกอบอาชีพจริง)
- ☐ เริ่มต้นประกอบอาชีพตามความสามารถและบริบทของตนเอง (ดำเนินกิจกรรมอาชีพที่ตนเองถนัด เช่น ทำอาหารขาย จักสานขายของ หรืองานซ่อมแซมในชุมชน โดยเริ่มจากขนาดเล็กก่อน)
- ☐ ปรับปรุงพื้นที่หรือจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นต่ออาชีพ (วางแผนจัดเตรียมพื้นที่ทำงานหรือซื้ออุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมต่อการเริ่มต้นประกอบอาชีพ)
- ☐ เชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือเครือข่ายในชุมชน (ขอคำแนะนำหรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน อปท. กลุ่มอาชีพ หรือผู้มีประสบการณ์ในพื้นที่ เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุน)
- ☐ ตั้งเป้าหมายรายได้และติดตามความก้าวหน้า (ตั้งเป้าหมายรายได้ที่เหมาะสมในระยะเริ่มต้น เช่น รายได้เสริมวันละ ๑๐๐ บาท และติดตามความก้าวหน้าเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง)
- ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

๑๖. ท่านมีอุปกรณ์หรือสถานที่สำหรับเริ่มอาชีพหรือไม่

- ☐ มี (โปรดระบุ เช่น เตาแก๊ส พื้นที่ขายของ จักรเย็บผ้า ฯลฯ)
- _____
- _____

☐ ไม่มี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามที่โครงการกำหนด

ลงชื่อ _____ (ผู้สมัคร/ผู้ดูแล/ญาติ)

(_____)

วันที่ ____ / ____ / ____



แบบประเมินความพร้อม

เอกสารหมายเลข ๒

แบบประเมินความพร้อมคนพิการและครอบครัวที่สมัครเข้าร่วม
โครงการเสริมพลัง สร้างอาชีพ เพื่อคนพิการพึ่งพาตนเอง
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ประเมิน : การประเมินความพร้อมของผู้สมัครจากใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการสำรวจและวิเคราะห์ความพร้อมของคนพิการและครอบครัวที่สมัครเข้าร่วมโครงการ “เสริมพลัง สร้างอาชีพ เพื่อคนพิการพึ่งพาตนเอง” โดยมุ่งหวังให้การดำเนินโครงการสามารถจัดอบรมและวางแผนการพัฒนาอาชีพได้ตรงกับศักยภาพ ความต้องการ และบริบทของแต่ละบุคคล แบบประเมินนี้ครอบคลุม ๔ ด้านหลัก ได้แก่

๑. ความสามารถเบื้องต้นของผู้สมัคร
๒. แรงจูงใจและเป้าหมาย
๓. การสนับสนุนจากครอบครัว
๔. ทักษะพื้นฐานหรือประสบการณ์เดิม

ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำไปใช้เพื่อการวางแผนการอบรม แบ่งกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม และจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพอย่างเหมาะสมในแต่ละระดับ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมโครงการเท่านั้น

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้สมัคร : _____ อายุ : _____ ปี
ประเภทความพิการ : _____
ที่อยู่ : _____
ผู้ดูแล (ถ้ามี) : _____ เบอร์โทรศัพท์ : _____

๒. ความสามารถเบื้องต้นของผู้สมัคร

(เจ้าหน้าที่ประเมินอ้างอิงข้อ ๑๖ “ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง”)

- สรุประดับการประเมิน ☐ ระดับสูง คือ ช่วยเหลือตนเองได้ดี
☐ ระดับปานกลาง คือ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
☐ ระดับต่ำ คือ ต้องมีผู้ดูแล

เหตุผลประกอบเพิ่มเติม



แบบประเมินความพร้อม

๓. แรงจูงใจและเป้าหมาย

(เจ้าหน้าที่ประเมินอ้างอิงข้อ ๑๔ “เหตุผลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ” และ ข้อ ๑๕ “แผนการดำเนินการหลังจบโครงการ”)

เหตุผลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ _____

เป้าหมายหลังอบรม _____

สรุประดับการประเมิน

- ☐ ระดับสูง คือ มีแรงจูงใจและเป้าหมายชัดเจน (ต้องการมีอาชีพ/รายได้)
☐ ระดับปานกลาง คือ สนใจแต่ยังไม่แน่ใจ
☐ ระดับต่ำ คือ ยังไม่ชัดเจนหรือสมัครตามคำชักชวน

เหตุผลประกอบเพิ่มเติม _____

๔. การสนับสนุนจากครอบครัว

(เจ้าหน้าที่ประเมินอ้างอิงข้อ ๑๓ “สถานะผู้ดูแลหรือคนพิการ” และข้อ ๑๕ “เหตุผลที่สมัครเข้าร่วม”)

ความคิดเห็นของครอบครัว: _____

สรุประดับการประเมิน

- ☐ ระดับสูง คือ ครอบครัวสนับสนุนเต็มที่และพร้อมช่วยเหลือ
☐ ระดับปานกลาง คือ สนับสนุนบางส่วน (เช่น เฉพาะเวลา/การเดินทาง)
☐ ระดับต่ำ คือ ไม่สามารถสนับสนุนได้/ไม่มีผู้ดูแล

เหตุผลประกอบเพิ่มเติม _____

๕. ทักษะพื้นฐานหรือประสบการณ์เดิม (ถ้ามี)

(เจ้าหน้าที่ประเมินอ้างอิงข้อ ๑๓ “สนใจหลักสูตรอะไร” และ “เคยมีประสบการณ์หรือไม่”)

ระบุทักษะ/งานที่เคยทำ: _____

สรุประดับการประเมิน

- ☐ ระดับสูง คือ มีทักษะหรือเคยประกอบอาชีพมาก่อน (เช่น ทำอาหาร ขายของ)
☐ ระดับปานกลาง คือ เคยฝึกบ้าง แต่ยังไม่ต่อเนื่อง
☐ ระดับต่ำ คือ ไม่มีประสบการณ์หรือเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด

เหตุผลประกอบเพิ่มเติม _____



แบบประเมินความพร้อม

สรุปผลการประเมิน (แบบท้ายแบบฟอร์ม)

หัวข้อ	ระดับ	หมายเหตุ
๑) ความสามารถเบื้องต้น	☐ สูง ☐ ปานกลาง ☐ ต่ำ	
๒) แรงจูงใจและเป้าหมาย	☐ สูง ☐ ปานกลาง ☐ ต่ำ	
๓) การสนับสนุนจากครอบครัว	☐ สูง ☐ ปานกลาง ☐ ต่ำ	
๔) ทักษะพื้นฐาน	☐ สูง ☐ ปานกลาง ☐ ต่ำ	

สรุปผลการวิเคราะห์

กลุ่ม	ลักษณะ	แนวทางอบรม
กลุ่ม A	มีศักยภาพสูง + สนใจจริง	จัดอบรมพร้อมวางแผนต่อยอดประกอบอาชีพจริง
กลุ่ม B	มีศักยภาพปานกลาง + สนใจแต่ไม่ชัด	จัดอบรมเบื้องต้น/เชิงทดลอง พร้อมให้คำปรึกษา
กลุ่ม C	ศักยภาพจำกัด + ขาดแรงจูงใจ	พัฒนาเจตคติก่อน เช่น เวิร์กช็อป “สร้างแรงบันดาลใจ”

ข้อเสนอแนะ:

ผู้ประเมิน:

ตำแหน่ง:

วันที่:

