

- (ตัวอย่างโครงการ) -

โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ สินค้า และตราสินค้า (โลโก้) เพื่อส่งเสริมกลุ่มอาชีพสู่การปฏิบัติตามมาตรา ๓๕

๑. หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๒๐ กำหนดเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐานการคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริม การประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อ สิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงาน และประกอบอาชีพของคนพิการ มาตรา ๓๕ กำหนดให้นายจ้างหรือหน่วยงานของรัฐ สามารถใช้มาตรการอื่นแทนการจ้างงานหรือส่งเงินเข้ากองทุน บัญญัติว่า ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ ไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ หรือนายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการไม่รับคนพิการ เข้าทำงานตามมาตรา ๓๓ และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา ๓๔ หน่วยงานของรัฐ นายจ้าง หรือเจ้าของสถานประกอบการ นั้นอาจให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการ โดยวิธีการพิเศษ ฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ล่ามภาษามือ หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ

เนื่องจากการดำเนินงานของชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปทุมธานี พบว่า ยังขาดทักษะสำคัญในด้านการบริหารจัดการ พัฒนาผลิตภัณฑ์ การตลาด ตราสัญลักษณ์ (โลโก้) และบรรจุภัณฑ์จึงทำให้ผลิตภัณฑ์และบริการของกลุ่มอาชีพคนพิการยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของตลาดได้มากนัก ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มอาชีพของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีความเข้มแข็ง ผลิตภัณฑ์ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของตลาด และสามารถรองรับ การปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ ของหน่วยงาน และสถานประกอบการได้ ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก จังหวัดปทุมธานีจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ สินค้า และตราสินค้า (โลโก้) เพื่อส่งเสริมกลุ่มอาชีพ สู่การปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ เพื่อให้ความรู้เรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ตราสัญลักษณ์ (โลโก้) การบริหารการเงิน การตลาด โดยมุ่งหวังให้กลุ่มอาชีพสามารถนำความรู้ไปบริหารจัดการ และพัฒนาเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ ทำให้กลุ่มอาชีพเกิดความเข้มแข็ง สามารถรองรับความต้องการของตลาด และสถานประกอบการได้

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อพัฒนาช่องทางในการจำหน่ายสินค้า ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มอาชีพให้สามารถเข้าถึงลูกค้า และผู้ที่สนใจในวงกว้าง และรองรับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

๒.๒ เพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้ให้แก่สมาชิกของกลุ่มอาชีพ สามารถนำไปต่อยอดการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ ต่อไป

๒.๓ เพื่อพัฒนากลุ่มอาชีพคนพิการให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืน และคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. เป้าหมาย

๓.๑ จัดอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์ การผลิตสินค้า และกลยุทธ์ทางการตลาด ฯลฯ

๓.๒ จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และทันสมัย เพื่อเพิ่มคุณภาพให้กับผลิตภัณฑ์สินค้า

๔. วิธีดำเนินการ

- ๔.๑ เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ
- ๔.๒ ดำเนินงานตามโครงการ
- ๔.๓ จัดทำบัญชีรายรับ รายจ่ายของกลุ่ม
- ๔.๔ รายงานผลในการดำเนินโครงการฯ

๕. ระยะเวลาการดำเนินการ

..... มกราคม ๒๕๖๓

๖. สถานที่ดำเนินการ

ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัด.....

๗. งบประมาณ

จำนวน ๕๐,๐๐๐.- บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) มีรายละเอียด ดังนี้

- | | | |
|--------------------|-------------|-----|
| - ค่าตอบแทนวิทยากร | จำนวน | บาท |
| - ค่าวัสดุ | จำนวน | บาท |
| - อื่นๆ | จำนวน | บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕๐,๐๐๐.- บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) โดยขอถัวจ่ายได้ทุกรายการ

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๘.๑ กลุ่มอาชีพคนพิการมีการพัฒนาช่องทางการจำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์ของกลุ่มอาชีพสามารถเข้าถึงลูกค้าและผู้สนใจในวงกว้าง และรองรับแนวทางปฏิบัติตามมาตรา ๓๕

๘.๒ สมาชิกของกลุ่มอาชีพคนพิการมีทักษะความรู้ สามารถนำไปต่อยอดการพัฒนาผลิตภัณฑ์

๘.๓ กลุ่มอาชีพคนพิการได้รับการพัฒนาและเติบโตอย่างยั่งยืน รวมทั้งคนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๙. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ประธานชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

แบบฟอร์มการคัดเลือกกลุ่มประกอบอาชีพ
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

คำชี้แจง โปรดระบุ กรณีเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาอาชีพคนพิการ

๑. ชื่อกลุ่มประกอบอาชีพ.....
☐ ไม่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
☐ เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เมื่อปีงบประมาณ.....
๒. ชื่อประธานกลุ่ม (นาย/นาง/นางสาว).....เบอร์โทรศัพท์.....
๓. สถานที่ตั้งกลุ่ม เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
หมู่บ้าน..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
๔. สมาชิกกลุ่ม
- ๑) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
- ๒) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
- ๓) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
- ๔) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
- ๕) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
- ๖) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

๘) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

๙) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

๑๐) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

๑๑) นาย/นาง/นางสาว.....

[illegible]

๑๒) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่ตราประจำตัวคนพิการ

๑๓) นาย/นาง/นางสาว

เลขที่ตรา | ระจำตัวคนพิการ

១៤) ១/២៥/១/២៥/១/២៥/២២

ឈ្មោះ: ក្រុមហ៊ុន អ៊ិនធឺណិត ខ្មែរ

၁၃) ၁၂၃၂/၁၂၃၄/၁၂၃၄၅၆

၂၀၁၆ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့မှ ၂၀၁၆ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့အထိ

[illegible]

๒๕) นาย/นาง/นางสาว.....

☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....

๕. กิจกรรมกลุ่ม (จัดทำผลิตภัณฑ์อะไร เช่น)

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

๖. ระยะเวลาที่รวมกลุ่ม.....

๗. ประสงค์ขอรับการสนับสนุนด้านใด

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....

โทร.....

****หมายเหตุ****

กรุณาส่งกลับมายังศูนย์บริการคนพิการจังหวัดระยอง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดระยอง โทร. ๐๓๘ ๖๙๔ ๐๗๓-๓ โทรสาร. ๐๓๘ ๖๙๔ ๐๑๖

ผู้ประสานงาน

๑. นางสาววิลาวรรณ พิมพาสสูง โทร.๐๓๘ ๖๙๔ ๐๗๓-๓ E-mail : dscofrayong@gmail.com

๒. นางสาวสุวารี รักสกุล โทร.๐๓๘ ๖๙๔ ๐๗๓-๓ E-mail : dscofrayong@gmail.com