



ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๗๒๐/๑๓๕

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี
๗/๓ หมู่ ๗ ถ.พหลโยธิน ต.ห้วยบง
อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.สระบุรี ๑๘๐๐๐

๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์แจ้งโรงเรียนในสังกัดยื่นเอกสาร เพื่อขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและ
ความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต ๑/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต ๒/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสระบุรี
อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๐๓/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบฟอร์มหนังสือนำส่ง เรื่อง ส่งเอกสารหลักฐาน	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แบบฟอร์มแบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อฯ (คป.๐๑)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบฟอร์มแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. แบบฟอร์มแบบรับรองบุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นคนพิการ (คป.๐๔)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๕. เอกสารชี้แจงและเอกสารการขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา	จำนวน ๑ ฉบับ
	๖. QR Code ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อฯ	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยสำนักบริหารงาน
การศึกษาพิเศษ ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนา
และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ผลผลิตเด็กพิการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และการพัฒนาสมรรถภาพ
กิจกรรมยกระดับคุณภาพการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการจำเป็นพิเศษ งบเงินอุดหนุน เงินอุดหนุน
ทั่วไป รายการเงินอุดหนุนสื่อและสิ่งอำนวยความสะดวก ครั้งที่ ๑ ให้กับศูนย์การศึกษาพิเศษ เพื่อใช้สำหรับการจัด
การศึกษาสำหรับคนพิการตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง (บัญชี ข. ค.) ในรูปแบบคู่มือ

ในการนี้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านแจ้งโรงเรียน
ในสังกัดที่มีนักเรียนพิการ/เด็กพิการที่มีคุณสมบัติยื่นเอกสาร เพื่อขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและ
ความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ภายในวันที่ ๑๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี (ส่งเอกสารด้วยตนเอง)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวดรุณี มุลคำภา)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี

กลุ่มบริหารงานวิชาการ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐๓๖-๓๔๐๘๒๔/๐๘๘-๖๔๐-๓๔๖๗ (ผู้ประสานงาน)

E-mail : saraburiedu@gmail.com

ที่ ศธ
.....
.....(สถานศึกษา).....
.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ส่งเอกสารหลักฐาน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | | |
|--|-------------|------|
| ๑. แบบคำขอล้างอำนาจความสะดวก สื่อ บริการ
และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา | จำนวน | ฉบับ |
| ๒. แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) | จำนวน | ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ หรือเอกสารรับรองความพิการจากแพทย์ หรือเอกสารรับรอง
บุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นคนพิการพร้อมแบบคัดกรอง ฯ | จำนวน | ฉบับ |

ตามความในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คนพิการมีสิทธิในการขอรับเงินอุดหนุน ขอยืม และขอยืมเงินเพื่อรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา นั้น

(สถานศึกษา).....ขอนำส่งเอกสารหลักฐาน รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาให้คนพิการแต่ละรายได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง

สถานศึกษา

โทรศัพท์/โทรสาร

ผู้ประสานงาน

แบบคำขอสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา / ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

คนพิการ ผู้ปกครอง (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน - - -- มีความประสงค์จะขอรับเงินอุดหนุนตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามลำดับความสำคัญดังนี้

- | | | | |
|--------------|----------------------------|----------------|-----|
| ๑. รหัส..... | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน..... | บาท |
| ๒. รหัส..... | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน..... | บาท |
| ๓. รหัส..... | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน..... | บาท |
| ๔. รหัส..... | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน..... | บาท |
| ๕. รหัส..... | ชื่อรายการ/ชื่อสินค้า..... | จำนวนเงิน..... | บาท |

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าได้แนบแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล และเอกสารหลักฐานอื่นๆ มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....คนพิการ / ผู้ปกครอง

(.....)

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

หมายเหตุ : คนพิการที่สามารถลงลายมือชื่อ พิมพ์ลายนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือแกงไตได้ ต้องศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป

สำหรับสถานศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....ตำแหน่ง.....

สถานศึกษา.....ได้ตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร

หลักฐานของ (เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว).....แล้วเห็นว่า

ถูกต้อง ความเห็นอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล
(Individualized Education Program: IEP)

ชื่อสถานศึกษา.....ระดับ.....สังกัด.....
เริ่มใช้แผนวันที่.....สิ้นสุดแผนวันที่.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-ชื่อสกุล ชาย หญิง
เลขประจำตัวประชาชน
การจดทะเบียนคนพิการ ไม่จด ยังไม่จด จดแล้ว
วัน/เดือน/ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน ศาสนา.....
ประเภทความพิการ ลักษณะความพิการ
ชื่อ-ชื่อสกุลบิดา
ชื่อ-ชื่อสกุลมารดา
ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับ
ที่อยู่ผู้ปกครองที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน / ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
โทรสาร e-mail address

๒. ข้อมูลทางการแพทย์หรือด้านสุขภาพ

- โรคประจำตัว (ระบุ)
- โรคภูมิแพ้ (ระบุ)
- ประวัติการแพ้ยา (ระบุ)
- ข้อจำกัดอื่นๆ.....
- ผลการตรวจทางการแพทย์ (ระบุ)

๓. ข้อมูลด้านการศึกษา

- ไม่เคยได้รับการศึกษา/บริการทางการศึกษา
- เคยได้รับการศึกษา/บริการทางการศึกษา
- | | | |
|---|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> ศูนย์การศึกษาพิเศษ..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> โรงเรียนเรียนร่วม..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> การศึกษาด้านอาชีพ..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> การศึกษานอกระบบ..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> การศึกษาตามอัธยาศัย..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | ระดับ..... | พ.ศ..... |

๔. ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น

.....
.....

๖. ความต้องการที่อำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา

ที่	รายการ	รหัส	สิ่งที่มีอยู่แล้ว						สิ่งที่ต้องการ			จำนวนเงิน ที่ขอ อุดหนุน	เหตุผลและความ จำเป็น	ผู้ประเมิน		
			ผู้จัดทำ		วิธีการ		ผู้จัดทำ	วิธีการ								
			(๑)	(๒)	(๓)	(๑)		(๒)	(๓)	(๑)	(๒)				(๓)	
รวมรายการที่ขอรับการอุดหนุน																
รวมจำนวนเงินที่ขอรับการ อุดหนุน																

.....รายการ
.....บาท (.....)

- (๑) ผู้ปกครอง (๒) สถานศึกษา (๓) สถานพยาบาล/อื่นๆ
 (๑) ขอรับการอุดหนุน (๒) ขอยืม (๓) ขอยืมเงิน

๗. คณะกรรมการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

ชื่อ	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
๗.๑	ผู้บริหารสถานศึกษา/ผู้แทน
๗.๒	บิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง
	หรือผู้ดูแลคนพิการ	
๗.๓	ครูประจำชั้นหรือครูแนะแนว
	หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหรือครูการศึกษาพิเศษ	
	หรือครูที่รับผิดชอบงานด้านการศึกษาพิเศษ	
	ที่ผู้บริหารสถานศึกษามอบหมาย	
๗.๔
๗.๕

ประชุมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๘. ความเห็นของบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้เรียน

การจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ฉบับนี้

ข้าพเจ้า

เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้เรียน

วันที่ เดือน พ.ศ.

คป.๐๔

แบบรับรองบุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นคนพิการ

อาศัยความตามประกาศคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา เรื่อง
กำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการ การรับรองบุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นคนพิการ

คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน (ชื่อสถานศึกษา).....
ขอรับรองว่าบุคคลดังต่อไปนี้ ได้ผ่านเกณฑ์และวิธีการคัดกรองว่าเป็นคนพิการตามประเภท ที่กฎกระทรวง
ศึกษาธิการกำหนด ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๒. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๓. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๔. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๕. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๖. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๗. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๘. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๙. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ
๑๐. ชื่อ-สกุล ประเภทของคนพิการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงเรียน

วันที่เดือนพ.ศ.....

คำชี้แจงและเอกสารหลักฐาน

การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา
เพื่อขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ
และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา
โดยใช้ระบบคูปอง

สำหรับคนพิการหรือผู้ปกครอง

คำชี้แจง แนวปฏิบัติสำหรับคนพิการ หรือผู้ปกครอง ในการขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา เพื่อขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามกฎหมายกระทรวง ฯ (คู่มือการศึกษา) ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ให้คนพิการหรือผู้ปกครองดำเนินการดังนี้

๑. ร่วมเป็นคณะกรรมการคัดกรอง/คัดแยกและจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล
๒. ยื่นแบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ต่อสถานศึกษาหรือศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบดังนี้
 - ๒.๑ หนังสือนำส่ง เรื่อง ส่งเอกสารหลักฐาน
 - ๒.๒ แบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ ฯ (คป.๐๑)
 - ๒.๓ แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP)
(เริ่มใช้แผน - สิ้นสุดแผน ยึดตามกำหนดการเปิดปีการศึกษาของสถานศึกษา)
 - ๒.๔ เอกสารรับรองความพิการ (เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง)
 - ๒.๔.๑ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ หรือ บัตรคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
 - ๒.๔.๒ สำเนาใบรับรองแพทย์ / สำเนาใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์
 - ๒.๔.๓ สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์
 - ๒.๔.๔ แบบคัดกรองเด็กพิการ ๙ ประเภท (มีอายุไม่เกิน ๑ ปี หลังจากวันคัดกรอง และสามารถให้รับรองได้เฉพาะผู้เรียนที่ขอรับบริการเฉพาะ ครั้งแรกเท่านั้น) พร้อมแนบเอกสารรับรองบุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นบุคคลพิการ (คป.๐๔)
๓. การยื่นเอกสารหลักฐาน ตามข้อ ๒ ให้ดำเนินการ ตามกำหนดเวลาดังนี้
 - ☞ ภาคเรียนที่ ๑ ให้ส่งเอกสารภายในวันศุกร์ ที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยนำส่งเอกสารด้วยตนเอง ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี
 - ☞ ภาคเรียนที่ ๒ ให้ส่งเอกสารภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี สถานศึกษาใดที่ส่งหลังวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน อาจถูกตัดสิทธิในการขอรับเงินอุดหนุน ตามระบบคู่มือของการศึกษาในปีการศึกษานั้น
๔. รอผลพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา
๕. รับคู่มือจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี และลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
๖. เมื่อได้รับคู่มือแล้วให้นำคู่มือไปขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา กับผู้ให้บริการ หรือหน่วยบริการ ภายในปีการศึกษาที่ได้รับ โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากศูนย์การศึกษาพิเศษที่จ่ายคู่มือ
๗. ในกรณีที่มิได้รับการอนุมัติ หรือไม่ได้รับคู่มือ หรือต้องการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากการใช้คู่มือ สามารถสอบถามหรือแจ้งที่สถานศึกษาหรือศูนย์การศึกษาพิเศษที่ยื่นแบบคำขอ
๘. ในกรณีที่คนพิการมีความต้องการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงรายการคู่มือ ให้ยื่นแบบคำร้องขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคู่มือ (คป.๐๓) ต่อสถานศึกษาเพื่อดำเนินการต่อไป

คำชี้แจงและเอกสารหลักฐาน

การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา
เพื่อขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ
และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา
โดยใช้ระบบคูปอง

สำหรับสถานศึกษา

คำชี้แจง แนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษา เพื่อขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาตามกฎหมายกระทรวง ฯ (คู่มือการศึกษา) ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ให้สถานศึกษาดำเนินการดังนี้

๑. ศึกษาระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาให้กับผู้ที่มีความบกพร่อง โดยเฉพาะแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องหรือมีความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษา การจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล คู่มือการขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา คู่มือรายการสิ่งอำนวยความสะดวกฯ การสมัครเป็นหน่วยบริการ การสมัครเป็นผู้ให้บริการ ฯลฯ
๒. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบหรือประเมินคัดกรอง/คัดแยก เด็กที่คาดว่าจะมีความบกพร่อง หรือมีความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษา
๓. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล และร่วมประชุม พร้อมลงนามในแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล
๔. ยื่นแบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ต่อศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบดังนี้
 - ๔.๑ หนังสือนำเสนอ เรื่อง ส่งเอกสารหลักฐาน
 - ๔.๒ แบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อฯ (คป.๐๑)
 - ๔.๓ แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP)
(เริ่มใช้แผน - สิ้นสุดแผน ยึดตามกำหนดการเปิดปีการศึกษาของสถานศึกษา)
 - ๔.๔ เอกสารรับรองความพิการ (เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง)
 - ๔.๔.๑ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ หรือ บัตรคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
 - ๔.๔.๒ สำเนาใบรับรองแพทย์ / สำเนาใบแสดงความคิดเห็นของแพทย์
 - ๔.๔.๓ สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์
 - ๔.๔.๔ แบบคัดกรองเด็กพิการ ๔ ประเภท (มีอายุไม่เกิน ๑ ปี หลังจากวันคัดกรอง และสามารถเข้ารับรองได้เฉพาะผู้เรียนที่ขอรับบริการเฉพาะ ครั้งแรกเท่านั้น) พร้อมแนบเอกสารรับรองบุคคลของสถานศึกษาว่าเป็นบุคคลพิการ (คป.๐๔)
๕. การยื่นเอกสารหลักฐาน ตามข้อ ๒ ให้ดำเนินการ ตามกำหนดเวลาดังนี้
 - ☞ ภาคเรียนที่ ๑ ให้ส่งเอกสารภายในวันศุกร์ ที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยนำเสนอเอกสารด้วยตนเอง ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี
 - ☞ ภาคเรียนที่ ๒ ให้ส่งเอกสารภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี สถานศึกษาใดที่ส่งหลังวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน อาจถูกตัดสิทธิในการขอรับเงินอุดหนุน ตามระบบคุ้มครองของการศึกษาในปีการศึกษานั้น
๖. รอผลพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา
๗. รับคุ้มครองจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี และลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

๘. เมื่อได้รับคูปองแล้วให้นำคูปองไปขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา กับผู้ให้บริการ หรือหน่วยบริการ ภายในปีการศึกษาที่ได้รับ โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากศูนย์การศึกษาพิเศษที่จ่ายคูปอง
๙. ในกรณีที่ไม่ได้รับการอนุมัติ หรือไม่ได้รับคูปอง หรือต้องการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากการใช้คูปอง สามารถสอบถามหรือแจ้งที่สถานศึกษาหรือศูนย์การศึกษาพิเศษที่ยื่นแบบคำขอ
๑๐. ในกรณีที่คนพิการมีความต้องการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงรายการคูปอง ให้ยื่นแบบคำร้องขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง (คป.๐๓) ต่อสถานศึกษาเพื่อดำเนินการต่อไป

**เกณฑ์การพิจารณาอนุมัติการขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใด
ทางการศึกษาตามกฎหมายกระทรวง ฯ (คู่มือการศึกษา) ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖**

๑. การพิจารณาการให้สื่อฯ ขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาเพื่อขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ตามกฎหมายกระทรวง ฯ (คู่มือการศึกษา) ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖ พิจารณาตามลำดับเอกสารรับรองความพิการ
๒. การพิจารณาจัดลำดับความต้องการจำเป็นพิเศษทางการศึกษาของเด็กพิการแต่ละบุคคลให้บริสุทธิ์ โปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยให้ความเป็นธรรมแก่เด็กพิการที่มีความจำเป็นจริงๆ ก่อน โดยมีข้อควรคำนึงถึงการขอรับหรือซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ (บัญชี ข) เท่านั้น
๓. กรณีเอกสารหลักฐานไม่สมบูรณ์ ให้ศูนย์การศึกษาพิเศษประสานกับสถานศึกษา คนพิการหรือผู้ปกครองแก้ไขเพิ่มเติมให้ถูกต้องครบถ้วนโดยเร็ว
๔. จำนวนเงินอุดหนุนสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาที่ได้รับในแต่ละปีงบประมาณให้เฉลี่ยอย่างทั่วถึง (มูลค่าไม่เกินคนละ ๒,๐๐๐ บาท/ปีการศึกษา)

เกณฑ์การให้คะแนนการขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใด
ทางการศึกษาตามกฎหมายกระทรวง ฯ (คู่มือการศึกษา) ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

๑. แบบคำขอรับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา (คป.๐๑)
ที่ปรี้นต์ออกจากระบบ lep Online ๑.๖๑.๓
๒. แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) ที่ปรี้นต์ออกจากระบบ lep Online ๑.๖๑.๓
๓. เอกสารรับรองความพิการ (เลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง)
 - ๓.๑ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ หรือ บัตรคนพิการ (ที่ยังไม่หมดอายุ) (๘ คะแนน)
 - ๓.๒ สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบแสดงความคิดเห็นแพทย์
 - * สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบแสดงความคิดเห็นแพทย์ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๔ (๗ คะแนน)
 - * สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบแสดงความคิดเห็นแพทย์ ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๑ (๖ คะแนน)
 - * สำเนาใบรับรองแพทย์ หรือสำเนาใบแสดงความคิดเห็นแพทย์ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๕๘ (๕ คะแนน)
 - ๓.๓ สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์
 - * สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๔ (๔ คะแนน)
 - * สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์ ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๑ (๓ คะแนน)
 - * สำเนาแบบรายงานผลวินิจฉัยของแพทย์ ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๕๘ (๒ คะแนน)
 - ๓.๔ แบบคัดกรองเด็กพิการ ๙ ประเภท (มีอายุไม่เกิน ๑ ปี หลังจากวันคัดกรอง และสามารถใช้
รับรองได้เฉพาะผู้เรียนที่ขอรับบริการเฉพาะ ครั้งแรกเท่านั้น) พร้อมแนบเอกสารรับรองบุคคล
ของสถานศึกษาว่าเป็นบุคคลพิการ (คป.๐๔) (๑ คะแนน)



QR Code ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓ ประกอบด้วย

๑. คู่มือการติดตั้งโปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓
๒. คู่มือการถอดติดตั้งโปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓
๓. คู่มือการแก้ไขปัญหาติดตั้งโปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓
๔. คู่มือรายการสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา
๕. โปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓
๖. แบบฟอร์ม คป.๐๔
๗. แบบฟอร์ม หนังสือขอความอนุเคราะห์นำรายชื่อนักเรียนออกจากระบบ lep Online ๑.๖๑.๓
๘. แบบฟอร์ม หนังสือส่งเอกสารหลักฐาน



เชิญชวนให้คุณครูที่รับผิดชอบโปรแกรม lep Online ๑.๖๑.๓ ของโรงเรียนให้สแกน QR Code
กลุ่มสิ่งอำนวยความสะดวกฯ ของคนพิการในจังหวัดสระบุรี