

สวัสดี
17/5
ที่ สด ๐๐๐๕.๗/ว ๗๐๐๐



องค์การบริหารส่วนตำบลท่าแพ
รับที่.....
วันที่..... ๕ ม.๑ ๖๕
ศาลากลางจังหวัดสตูล ๐๑.๕๕๓.
ถนนสตูลธานี-สต๕๓๐๐๐

๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การให้บริการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพกรณีฉุกเฉินของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ/ท้องถิ่นจังหวัดสตูล/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล/นายกเทศมนตรีเมืองสตูล/
นายกเทศมนตรีตำบลทุกตำบล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล/เครือข่ายองค์กรด้านคนพิการทุกองค์กร

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล ได้รับการประสานจาก กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) แจ้งระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยการพิจารณาอนุมัติการจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และการจัดทำรายงานสถานะการเงิน และการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๖๓ ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมคุณสมบัติผู้กู้ยืมเงินประกอบอาชีพกรณีฉุกเฉิน ไม่ต้องมีค้ำประกันก็ได้ และจำนวนวงเงินกู้ยืมเงินกรณีฉุกเฉินไม่เกินรายละหนึ่งหมื่นบาท ระยะเวลาการชำระคืนภายในสองปี โดยไม่มีดอกเบี้ย และอาจชำระคืนเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาหนึ่งปีนับตั้งแต่ลงนามในสัญญากู้ยืมได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเงินทุนหมุนเวียนในการประกอบอาชีพของคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) และประกาศ คณะอนุกรรมการบริการกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง เกณฑ์ชี้วัดการพิจารณาให้กู้ยืมเงินประกอบอาชีพกรณีฉุกเฉินของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประกาศเมื่อวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล จึงขอความร่วมมือจากท่าน ประชาสัมพันธ์การกู้ยืมเงินประกอบอาชีพกรณีฉุกเฉิน ของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการได้รับทราบ หากมีความประสงค์สามารถยื่นคำร้องผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ในเว็บไซต์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (www.dep.go.th) โดยจะเริ่มเปิดระบบตั้งแต่วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ สำหรับในกรณีที่ไม่สามารถลงทะเบียนกู้ยืมเงินกองทุนผ่านช่องทางออนไลน์ตามที่กำหนดได้ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการสามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเองที่สำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

กองสวัสดิการสังคม

เลขรับ..... ๐๐๕
วันที่..... ๕ ม.๑ ๖๕
เวลา..... ๐๕.๑๖ น.

(นายชาติชาย ไชยพิมล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

โทร. ๐ ๗๔๗๑ ๑๓๗๕ ต่อ ๑๓

โทรสาร. ๐ ๗๔๗๑ ๑๓๗๕ ต่อ ๑๗