

แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็น
จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

๔. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... อปต./เทศบาล..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

/๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา...

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ..... เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
 - ได้รับเบี้ยผู้พิการ จำนวน.....บาท/เดือน/ปี
 - ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ
- ผู้สูงอายุติดเตียง
 - ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ จำนวน.....บาท/เดือน/ปี
 - ไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๐. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ปวช./เทียบเท่า
- ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน
- นักเรียน/นักศึกษา
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- ฝึกหัด/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)
- รับจ้าง
- ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- พนักงานบริษัท
- อื่นๆ ระบุ.....

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- ๑.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ไม่มีรายได้
- รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม
- ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ
- ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
- ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย
- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง
- ไม่มีงานทำ
- ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
- ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 - ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 - ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 - ระเบียง / ชานบ้าน
 - อื่นๆ (ระบุ).....
-

การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....
ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (นักพัฒนาชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพผู้สูงอายุหรือคนพิการ)

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

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
(.....)

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ
และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประวัติบุคคล

๑. วันที่ออกประเมิน.....
๒. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
๓. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
๔. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
๕. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน

- ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ ๗)
ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลัก
แหล่ง ชั้นเดียว สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....
๙. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ มี ไม่มี ชักโครก ส้วมซึม ฝ้าอ้อม อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

- พื้นบ้าน / หลังคา / บันได
 ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)
 ห้องน้ำ / ห้องสุขา
 ระเบียง / ชานบ้าน อื่นๆ (ระบุ).....

๑๐. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
 ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ ได้รับเบี้ยผู้พิการ จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้สูงอายุติดเตียง
 ไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๑. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
- มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./เทียบเท่า ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่น (ระบุ).....

๑๒. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

๑๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

๑๔. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๕. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ
อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

- ๑.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒.จาก.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓.จาก.....จำนวน.....ชิ้น

ความคิดเห็นของคณะกรรมการประเมินฯ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ
(.....)

แบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาครัฐ หรือภาคเอกชน

ด้วย (ชื่อหมู่บ้าน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
ที่อยู่ โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า ๑ รายการ

- อาสาสมัครจิตอาสา ช่วยซ่อมแซมบ้าน จำนวน คน
- สถานที่
- งบประมาณ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)
.....
- อุปกรณ์ ได้แก่
.....
- อาหาร – เครื่องดื่ม จำนวนวัน /มื้อ
- ยานพาหนะ.....
- อื่นๆโปรดระบุให้ชัดเจน

(.....)

ตำแหน่ง.....