



แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประวัติบุคคล

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

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

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..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน  และข้ามไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□□  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./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

- คนพิการ ประเภทของความพิการ.....  
ระดับความพิการ.....เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
  - ได้รับเบี้ยผู้พิการ
  - ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการจำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้สูงอายุ
  - ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ
  - ไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุจำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

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/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย**

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

\*\*\*\*\*

**การตรวจเยี่ยมบ้าน**

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

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

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นของผู้ประเมิน** (สิ่งที่ควรปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการหรือผู้สูงอายุ) พร้อมภาพถ่ายและแบบแปลน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

(.....)

ตำแหน่ง.....