



แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ
และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประวัติบุคคล

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

๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

๗. ที่อยู่ปัจจุบัน

- ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ ๘)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□□
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
 ชั้นเดียว สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.....

๙. ลักษณะห้องน้ำ ราวจับ มี ไม่มี ชักโครก ส้วมซึม ฝ้าอ้อม อื่นๆ

สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

๑๐. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- คนพิการ ประเภทของความพิการ.....
ระดับความพิการ.....เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....
 ได้รับเบี้ยผู้พิการ ไม่ได้รับเบี้ยผู้พิการ
จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้สูงอายุ
 ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ
จำนวน.....บาท/เดือน/ปี จากหน่วยงาน.....
- ผู้ป่วยติดเตียง

๑๑. ระดับการศึกษา

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย | <input type="checkbox"/> ปวช./เทียบเท่า | <input type="checkbox"/> ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่น (ระบุ)..... |

๑๒. อาชีพ

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) | <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | |
| <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท | <input type="checkbox"/> 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
(.....)