

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

☒ สำนักปลัด

☐ กองคลัง

☐ กองช่าง

☐ กองการช่าง

☐ กองการช่าง

☐ กองการช่าง

ที่ นศ ๐๐๐๕/ (๑ . ๓๕๖๗)

เบ็...



องค์การบริหารส่วนตำบลวังอ่าง
เลขรับ ๒๐๗๒/๒๗
วันที่ ๒๖ ก.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๐.๐๓ น.

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การสำรวจสิทธิและสวัสดิการของคนพิการ

เรียน นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบคำขอและแบบสรุปความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน ๑ ชุด
๒. แนวทางการดำเนินงานโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบคำขอและแบบสรุปรายชื่อคนพิการที่ต้องการปรับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

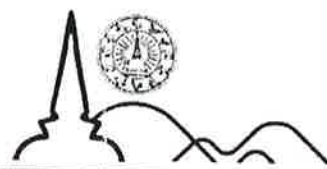
ด้วยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ขอความร่วมมือจังหวัดนครศรีธรรมราชสำรวจความต้องการของคนพิการที่มีความยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการ มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเท่าเทียม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างบุคคลทั่วไป ประกอบกับมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งที่ ๖/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เห็นชอบให้ดำเนินการประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือหน่วยงานของท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. สำรวจความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการตามแบบคำขอฯ และจัดส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราชภายในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. สำรวจข้อมูลคนพิการที่มีที่อยู่อาศัยสภาพชำรุดทรุดโทรม และประสงค์จะขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยเรียงลำดับตามความจำเป็นเร่งด่วนตามแนวทางและแบบคำขอฯ และจัดส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓

/ ทั้งนี้ สามารถ ...



นครา ศรีทธา อารยธรรม
นครศรีธรรมราช

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นางศรียา ชะนะทอง ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๒๗๑ ๒๒๘๒

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายสมชาย สีสล้นน้อย)

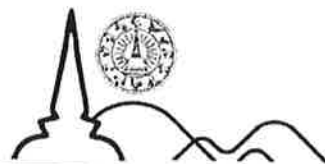
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด

โทร. ๐-๗๕๓๕-๕๕๑๑

Email Nakhon2023dep@gmail.com



นครา ศรีธา อารยธรรม
นครศรีธรรมราช



แบบคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้รับบริการ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย ☐ ตนเอง ☐ญาติ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ปัจจุบันที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย ☒ และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)

☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ติดต่อผ่านชื่อ.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สภาพที่อยู่อาศัย

☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น

☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง

☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ☐ พนักงานของรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

2. ผู้ยื่นคำขอแทนผู้รับบริการ

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....
ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการ (เกี่ยวข้องเป็น).....

3. ประเภทความพิการ

3.1 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....

- ☐ พิกัดทางการเห็น ☐ พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย
☐ พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ พิกัดทางสติปัญญา ☐ พิกัดทางการเรียนรู้ ☐ พิกัดออทิสติก
☐ พิกัดซับซ้อน

3.2 ลักษณะความพิการ.....

4. ความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

- ☐ รถเข็นนั่ง ☐ รถสามล้อชนิดมือโยก ☐ ไมค์คำยัน ☐ เครื่องช่วยเดิน 4 ขา ☐ ที่นอนลม
☐ เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้) ☐ ไม่เท่าขาว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. การใช้งานอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

5.1 ปัจจุบันท่านมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการหรือไม่ ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี

5.2 สภาพปัจจุบันของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีมี)

☐ ปกติ ☐ ชำรุด ใช้นาน.....ปี.....เดือน

และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานใด.....

6. มีการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยแพทย์/ผู้มีใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- ☐ มี ระบุความจำเป็น.....
☐ ไม่มี

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง/สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

รายละเอียดเอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นคำขอความต้องการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ โดยแพทย์มีความเห็นว่าคนพิการมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ (กรณีระบุความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้ตรงกับสภาพความพิการ)
๔. ภาพถ่ายเต็มตัวของคนพิการที่ยืนคำร้อง

ชื่อหน่วยงาน..... อำเภอ..... จังหวัด..... นครศรีธรรมราช.....

[illegible]

แนวทางการดำเนินงานโครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
โดย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการโดยการเพิ่มเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้ โดยสะดวกและเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัยและสุขอนามัย โดยคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่นคำขอต่อศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือในจังหวัดอื่นที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือหน่วยงานในพื้นที่ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดกำหนด

๑. คุณสมบัติของคนพิการ

๑. มีบัตรประจำตัวคนพิการ

๒. อาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยนั้นติดต่อกันมาแล้วไม่น้อยกว่าหกเดือน ยกเว้นกรณีการย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ภายหลังเกิดความพิการ

๓. ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงหรือไม่เหมาะสมกับสภาพความพิการ

๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

๕. ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐอื่นหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ

ในกรณีคนพิการไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยแห่งนั้นต้องมีหลักฐานการให้ความยินยอมจากเจ้าของหรือผู้ได้รับอำนาจจากเจ้าของ เพื่อให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยได้และในกรณีเป็นบ้านเช่า จะต้องมีความหลักฐานแสดงว่าคนพิการอยู่อาศัยได้ไม่น้อยกว่าหกเดือน

๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๒.๑ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการไปยังหน่วยงานบริการในพื้นที่

๒.๒ หน่วยงานบริการในพื้นที่พิจารณาคัดเลือกบ้านคนพิการโดยวิธีการประชาคม/ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ หน่วยงานบริการในพื้นที่ประมาณการรายการวัสดุ และราคาวัสดุที่ต้องใช้ในการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของคนพิการแล้วแต่กรณี เช่น การสร้าง/ย้าย ห้องน้ำ หรือห้องนอนใหม่ ทำหลังคาใหม่ หรือการเพิ่มพื้นที่ใช้สอยที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ รวมทั้งค่าบริหารจัดการและค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐.-บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดยถัวจ่ายทุกรายการ

๒.๔ หน่วยงานบริการในพื้นที่จัดส่งรายชื่อคนพิการที่ผ่านการพิจารณาโดยวิธีประชาคม/ประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมเอกสารหลักฐานส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ดังนี้

- คำขอให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ จำนวน ๑ ชุด
- สำเนารายงานการประชุมในการทำประชาคม/การประชุม พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ชุด
- แบบรายงานการสอบสภาพครอบครัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
- แบบประมาณการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของคนพิการ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวนายช่างผู้ประมาณการค่าใช้จ่าย จำนวน ๑ ชุด

/หนังสือยินยอม...

- หนังสือยินยอมในการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของคนพิการ แบนสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา (กรณีที่คนพิการเป็นเจ้าของบ้าน/เจ้าของที่ดิน)

- หนังสือยินยอมในการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของคนพิการ แบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้าน/เจ้าของที่ดิน พร้อมรับรองสำเนา (กรณีบ้าน/ที่ดินไม่ใช่กรรมสิทธิ์ของคนพิการ)

- กรณีเป็นที่ราชพัสดุต้องมีหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่

- กรณีที่ผู้ดูแลคนพิการดำเนินการยื่นขอปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการแทนคนพิการ ต้องแนบ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านผู้ทำการยื่นแทนประกอบด้วย

- ภาพถ่ายสภาพบ้านก่อนดำเนินการปรับปรุง/ซ่อมแซม เป็นภาพสี (ภาพบ้านทั้งหลัง ภายในบ้าน ภายนอกบ้าน และจุดบริเวณที่จะดำเนินการปรับปรุง)

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด

๒.๕ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน พร้อมเสนอรายชื่อคนพิการที่สมควรได้รับสิทธิปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้คณะกรรมการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการจังหวัด หรือคณะกรรมการอื่นที่จังหวัดแต่งตั้ง และเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดเพื่อทราบ

๒.๖ แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติให้หน่วยบริการในพื้นที่ และดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณให้หน่วยบริการในพื้นที่เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

๒.๗ หน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ตามระเบียบฯ และรายงานผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการต่อจังหวัด

๒.๘ อปท.รายงานผลการปรับสภาพบ้านให้ พมจ. ทราบ พร้อมทั้งส่งมอบผลงานในนามของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้แก่คนพิการ

๓. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ประกอบด้วย

การปรับอัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับ คนพิการให้เหมาะสมและปลอดภัย รวมทั้งค่าบริหารจัดการ และค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่าย หลังละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐.-บาท โดยถัวจ่ายทุกรายการ ตามรายการค่าใช้จ่ายดังนี้

- ห้องน้ำและห้องอาบน้ำ เช่น ติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัว วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบ ไม่ลื่นปรับเปลี่ยนสุขภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ถูกสุขอนามัย ปรับแสงสว่างและการระบายอากาศ และระบายน้ำที่ดี

- บันได ติดตั้งราวจับพยุงตัวที่แข็งแรง ราวกันตก จมูกกันลื่น ขยายชั้นลูกนอน และปรับลดระยะชั้นลูกตั้งไม่ให้ชันและตั้งเกินไป และปรับขานพัก

/ทางเดินภายในบ้าน...

- ทางเดินภายในบ้าน ห้องนอน พื้นที่พักผ่อน ห้องครัว ห้องอาหารภายในอาคารโดยติดตั้งราวจับอุปกรณ์พยุงตัวที่แข็งแรงในพื้นที่ที่ใช้งานบ่อย วัสดุปูพื้นและปรับระดับพื้นเรียบไม่ลื่น แสงสว่างและการระบายอากาศ การจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้เข้าที่ และติดตั้งผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกมือจับ เพียงที่ห้อยขาลุกได้เอง

- หลังคา ชานบ้าน ทางเดินรอบบ้าน ภายนอกบ้าน เช่น ปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับเดิน และที่จอดรถ

- รายละเอียดอื่นๆ เพื่อให้ที่อยู่อาศัยมีความมั่นคงแข็งแรงและปลอดภัย

- ค่าบริหารจัดการ ได้แก่ ค่าตอบแทนผู้ช่วยในการซ่อมแซม แรงงานในการปรับปรุง/ซ่อมแซม

ไม่เกิน ๓๓๒ บาท/คน/วัน ไม่เกิน ๑๕ % ของยอดเงินที่ยื่นขอ ต้องมีสัญญาจ้างประกอบ และจัดทำป้ายและมอบป้ายการดำเนินงานโครงการฯ ให้กับคนพิการ ซึ่งแผ่นป้ายพื้นสีน้ำเงิน ตัวหนังสือสีขาว ขนาด ๑๒ x ๒๔ นิ้ว หรือปรับขนาดได้ตามความเหมาะสม ค่าป้ายบ้านไม่เกิน ๖๐๐ บาท/หลัง และไม่มีค่าตอบแทนนายช่างผู้ประมาณการ

๔. การรายงานผลดำเนินการ

หน่วยงานบริการในพื้นที่ ดำเนินการปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยของคนพิการแล้วเสร็จ ให้รายงานผลการดำเนินงานพร้อมเอกสารประกอบการดำเนินงานไปที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ดังนี้

๑) สำเนาใบเสร็จรับเงินค่า เอกสารร้านค้า และเอกสารประกอบการจัดซื้อจัดจ้างทุกรายการ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ พร้อมรับรองสำเนา

๒) สำเนาใบสำคัญรับเงินค่าตอบแทนผู้ประมาณการค่าตอบแทนผู้ช่วยในการปรับปรุง/ซ่อมแซม สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมรับรองสำเนา

๓) ภาพถ่าย ๓ ระยะ ได้แก่ ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และดำเนินการแล้วเสร็จ โดยให้เห็นองค์ประกอบของบ้านทั้งหลัง บริเวณที่ปรับปรุง/ซ่อมแซม และป้ายบ้าน โดยพิมพ์รายงานทั้ง ๓ ระยะ เป็นภาพสี พร้อมแผ่น CD บันทึกไฟล์ภาพ (สกุลไฟล์ . JPG) ดังกล่าวใส่แผ่นซีดี

.....
 หน่วยงานที่ดำเนินการ (ทต. อบต.)

.....
 หน่วยงานที่ดำเนินการ (ทต. อบต.)

คำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

1. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ.....ประเภทความพิการ.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
รายได้.....บาทต่อเดือน/ปี
2. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
3. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	อาชีพ	การศึกษา	สุขภาพ	รายได้(บ/ด)	หมายเหตุ

4. ลักษณะที่อยู่อาศัย
 - ☐ ของตนเอง
 - ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ระบุ.....
 สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง
 - ☐ พื้นบ้าน/หลังคา/บันได
 - ☐ ฝาบ้าน/ห้องนอน/ประตู/หน้าต่าง/ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า/ปลั๊กไฟ/สายไฟ)
 - ☐ ห้องน้ำ/ห้องสุขา
 - ☐ ระเบียง/ชานบ้าน
 - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
5. ลักษณะการครอบครองที่ดิน ☐ ที่ดินของตนเอง ☐ ที่ดินเช่าจาก (ระบุ).....
☐ อื่น(ระบุ).....
6. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่
 - ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....
 - ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ยื่นคำขอ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จังหวัด.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล.....
บ้านเลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์.....
2. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
3. อายุ (เต็ม)..... ปี
4. สถานภาพ
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
5. คู่สมรส เป็นคนพิการหรือไม่
☐ เป็น ☐ ไม่เป็น
6. จำนวนบุตร
☐ ไม่มี ☐ มีบุตร จำนวน..... คน เป็นชาย..... คน หญิง..... คน
7. สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ อยู่คนเดียว ☐ คู่สมรส ☐ ลูก/หลาน ☐ ญาติ ☐ เพื่อน
☐ ผู้ดูแล ☐ อื่นๆ.....
รวมทั้งสิ้น..... คน
8. ประเภทของความพิการ
☐ ความพิการทางการเห็น
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางออทิสติก
9. มีลักษณะความพิการอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
10. ท่านเป็นสมาชิกองค์กรคนพิการหรือไม่
☐ ไม่เป็น ☐ เป็น โปรดระบุชื่อองค์กร.....
11. ท่านมีเอกสารสำคัญต่อไปนี้หรือไม่
 - 11.1 ชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี
 - 11.2 บัตรประชาชน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุเลขรหัสประจำตัวประชาชน.....
 - 11.3 สมุดหรือประจำตัวคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี

12.ลักษณะสุขภาพโดยรวม

- ☐ แข็งแรงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้
☐ ไม่ค่อยแข็งแรง ต้องการการดูแลบ้าง
☐ ไม่แข็งแรง ต้องการการดูแลเป็นส่วนใหญ่
☐ อ่อนแอ ต้องการการดูแลตลอดเวลา

13.โรคประจำตัว

- ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

14.การนับถือศาสนา

- ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

15.ระดับการศึกษาสูงสุด

- ☐ กำลังศึกษาอยู่ในระดับ โปรดระบุ.....
☐ ประถมศึกษา (ระบุ).....
☐ มัธยมศึกษา (ระบุ).....
☐ อุดมศึกษา (ระบุ).....
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ ไม่ได้เรียน
☐ อ่านและเขียนหนังสือได้
☐ อ่านได้ แต่เขียนหนังสือไม่ได้
☐ อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้

16.ปัจจุบัน ท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ ประกอบอาชีพ

17.กรณี ประกอบอาชีพท่านประกอบอาชีพใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล ☐ นวดแผนโบราณ ☐ พยากรณ์ชะตาชีวิต
☐ เล่นดนตรี ☐ พนักงานสลับสายโทรศัพท์ ☐ เกษตรกรรม
☐ หัตถกรรม ☐ ครู/อาจารย์ ☐ ข้าราชการหรือลูกจ้างหน่วยราชการ
☐ รับจ้าง ☐ พนักงานหรือลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ
☐ พนักงานหรือลูกจ้างบริษัทห้างร้านหรือองค์กรเอกชน ☐ เกษียณ อายุแล้ว
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

18.รายได้ต่อเดือน

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ เบี้ยความพิการเดือนละ..... บาท

(เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- ☐ เงินบำนาญ เดือนละ..... บาท ☐ งานอดิเรกเดือนละ..... บาท

- ☐ ลูก/หลาน/บิดา/มารดา/ญาติให้เดือนละ..... บาท

- ☐ คู่สมรสเดือนละ..... บาท

/19.รายจ่ายต่อเดือน

19.รายจ่ายต่อเดือน (เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- ☐ ไม่มีรายจ่าย ☐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเดือนละ.....บาท
☐ ค่าใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยเดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายทั่วไปและอาหารเดือนละ.....บาท
☐ ค่าใช้จ่ายในการทำบุญเดือนละ.....บาท ☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เดือนละ.....บาท

20.ผู้ดูแล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ ญาติพี่น้อง ☐ ว่าจ้างผู้ดูแล ☐ เพื่อน/เพื่อนบ้าน
☐ อปพร. ☐ อื่นๆ.....

21.ท่านต้องใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
☐ ใช้อุปกรณ์ คือ
☐ ไม่เท้าขาว ☐ แขน ขาเทียม ☐ รถเข็น ☐ รถสามล้อโยก
☐ walker ☐ สเตต (อุปกรณ์ในการเขียนอักษรเบรลล์) ☐ เครื่องช่วยฟัง
☐ หมุดไม้ (สำหรับสัมผัสจุดซึ่งเป็นลักษณะของอักษรเบรลล์) ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ตอนที่ 2 ข้อมูลการอยู่อาศัย

22.ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

- ☐ บ้านเดี่ยว ☐ บ้านไม้ยกพื้น ☐ บ้านสองชั้น/ครึ่งตึกครึ่งไม้
☐ ทาวน์เฮ้าส์ ☐ ตึกแถว ☐ ห้องแถว
☐ บ้านแฝด (พื้นที่.....ตารางวา) ☐ อพาร์ทเมนต์ ☐ อื่นๆ.....

23.ท่านอยู่อาศัย ณ ที่อยู่ปัจจุบันมาเป็นระยะเวลา.....ปี

24.ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย

- ☐ เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง ☐ เช่าระยะยาว (เช่า).....ปี
☐ เช่ารายเดือน เดือนละ.....บาท โดยมีผู้ที่เสียค่าเช่าคือ
☐ ท่านจ่ายเอง ☐ คู่สมรส ☐ บุตร/หลาน ☐ บิดา/มารดา
☐ ญาติ ☐ นายจ้าง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับคู่สมรส ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับลูก/หลาน
☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับบิดา/มารดา ☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับผู้ดูแล
☐ ไม่มีกรรมสิทธิ์ อาศัยกับนายจ้าง ☐ เป็นที่สาธารณะ

25.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00-16.00 น. ในวันธรรมดา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส
☐ อยู่กับบิดา/มารดา ☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน
☐ อยู่กับญาติ จำนวน.....คน ☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน
☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

/26.การอยู่บ้าน...

26.การอยู่บ้านของท่านในช่วงเวลากลางวัน 8.00-16.00 น. ในวันหยุด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับคู่สมรส ☐ อยู่กับบิดา/มารดา
☐ อยู่กับลูก/หลาน จำนวน.....คน ☐ อยู่กับญาติ จำนวน.....คน
☐ อยู่กับผู้ดูแล จำนวน.....คน ☐ อยู่กับนายจ้าง จำนวน.....คน

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

27.กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม่ยกพื้น ท่านได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนบ้านหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (กิจกรรมที่ทำโปรดเลือกตอบในข้อ 29)

28.กรณีที่ท่านมีบ้าน 2 ชั้น หรือบ้านไม่ยกพื้น ท่านได้ใช้บันไดในการขึ้น-ลงหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช้บันไดในการขึ้น-ลง โดยมีความถี่
- ☐ นานๆครั้ง (เดือนละ1-2 ครั้ง) ☐ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
☐ 1-2 ครั้ง/วัน ☐ 3-4 ครั้ง/วัน ☐ มากกว่า 4 ครั้ง/วัน

29.ภายในบ้านพักอาศัยของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุก วัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
☐ 1.ทำงาน						
☐ 2.ประกอบอาหาร						
☐ 3.ดูแลหลาน						
☐ 4.ดูโทรทัศน์/วิดีโอ/ทีวีดี						
☐ 5.ฟังวิทยุ/ฟังเพลง/ฟังข่าว						
☐ 6.นอนกลางวัน						
☐ 7.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
☐ 8.อ่านหนังสือ						
☐ 9.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาด บ้าน
☐ 10.ออกกำลังกาย						
☐ 11.งานอดิเรก						
กิจกรรมเยี่ยมเยือน/รับแขก						
☐ 1.เพื่อนบ้านมาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกใน บ้าน
☐ 2.ลูก/หลาน/ญาติ มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกใน บ้าน
☐ 3.อสม. พยาบาล มาเยี่ยม						☐ ไม่มี/ไม่ต้องรับแขกใน บ้าน

/30.ภายนอกตัวบ้าน...

30.ภายนอกตัวบ้าน (แต่ยังอยู่ในบริเวณที่ดินที่ครอบครอง)ของท่าน ท่านทำกิจกรรมใดบ้าง และมีความถี่ของกิจกรรมในระดับใด

กิจกรรม	ความถี่(ครั้ง/สัปดาห์)			ทุก วัน	ระบุสถานที่	ระบุกิจกรรม
	1 - 2	3 - 4	5 - 6			
กิจกรรมการทำงาน/อื่นๆ						
☐ 1.ทำงาน						
☐ 2.นั่งพักผ่อน-ชมวีว						
☐ 3.อ่านหนังสือ						
☐ 4.พูดคุยกับเพื่อนบ้าน						
☐ 5.ทำงานบ้าน						ซักผ้า ทำความสะอาด บ้าน
☐ 6.ออกกำลังกาย						
☐ 7.อื่นๆ.....						

31.มีกิจกรรมที่ท่านต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี โปรดระบุกิจกรรม
- ☐ ซื้ออาหาร/สิ่งของ
- ☐ พาไปหาหมอ
- ☐ ชำระค่าเช่า/ค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

32.การดูแลร่างกายของท่าน (เลือกตอบได้หลายข้อ)

- ☐ การบ้วนปาก วันละ.....ครั้ง
- ☐ การอาบน้ำ วันละ.....ครั้ง
- ☐ การเปลี่ยนเสื้อผ้า วันละ.....ครั้ง
- ☐ การแปรงฟัน วันละ.....ครั้ง
- ☐ การสระผม สัปดาห์ละ.....ครั้ง
- ☐ การตรวจสุขภาพประจำปี ปีละ.....ครั้ง

33.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ หกล้ม จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ☐ ตกบันได จำนวน.....ครั้ง/ปี
- กรณีที่เคยหกล้ม/หรือตกบันได สาเหตุเกิดจาก
- ☐ สะดุดสิ่งของที่วางเกะกะ
- ☐ พื้นผิวมีลักษณะขรุขระไม่เรียบหรือมีขอบสูงทำให้สะดุด
- ☐ สลื่นจากพื้นที่เปียกแฉะ
- ☐ บริเวณที่เกิดเหตุมืด/ไม่สว่าง/ไม่มีไฟ
- ☐ แขนขาอ่อนแรงไปเฉยๆ
- ☐ สัตว์เลี้ยง เช่น แมว/สุนัขวิ่งชนหรือขวางทางเดิน
- ☐ หน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม
- ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ จากยานพาหนะ จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ☐ รถยนต์ จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ☐ จักรยานยนต์จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ☐ จักรยานยนต์ จำนวน.....ครั้ง/ปี
- ☐ พาหนะอื่นๆ.....จำนวน.....ครั้ง/ปี

/กินยาผิด...

- ☐ กินยาผิด จำนวน..... ครั้ง/ปี
- ☐ ของมีคมบาด จำนวน..... ครั้ง/ปี
- ☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย

34.สถานที่ที่ทำให้ท่านได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ตกบันได

- ☐ ไม่เคยได้รับบาดเจ็บเลย
- ☐ ได้รับบาดเจ็บในบ้าน
 - ☐ ห้องน้ำ/ห้องอาบน้ำ จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ ห้องครัว จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ ห้องนั่งเล่น จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ ห้องนอน จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ ฆานบ้าน/ระเบียงบ้าน จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ บันได จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ ใต้ถุนบ้าน จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- ☐ ได้รับบาดเจ็บภายนอกบ้าน
 - ☐ ทางเดินเข้าบ้าน จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ โรงจอดรถ จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ บริเวณสนาม ส่วนที่พื้กผ่อน เช่นสวนปลูกต้นไม้ จำนวน..... ครั้ง
 - ☐ สถานที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่บ้าน (ระบุเช่น ถนน ลานวัด)..... จำนวน..... ครั้ง

35.ท่านเลี้ยงสัตว์หรือไม่

- ☐ ไม่เลี้ยง
- ☐ เลี้ยงสัตว์ (ระบุชนิดสัตว์)..... เลี้ยงบริเวณ.....

36.ท่านปลูกพืช/ดูแลสวน/ต้นไม้ในบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยของท่านหรือไม่

- ☐ ไม่ทำ
- ☐ ทำ บริเวณ.....

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการอยู่อาศัยในปัจจุบัน

37.ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับลักษณะทางเดินภายในบ้าน

- ☐ เหมาะสมแล้ว ☐ ควรปรับปรุง (ระบุ).....

38.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง การจัดส่วนพื้นที่ใช้สอยใหม่หรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

- ☐ ไม่มี เพราะ.....
- ☐ มี สาเหตุของการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงคือ
 - ☐ ภาวะทางสุขภาพ (ความพิการ) ☐ ต้องการความเป็นส่วนตัว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

39.สภาพปัจจุบันมีการต่อเติมชั้นลอย/เพิ่มพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (สังเกต+สัมภาษณ์)

☐ มี (ระบุพื้นที่).....มีขนาด.....ตารางเมตร

40.วัสดุปูพื้นของพื้นที่ต่อไปนี้

พื้นที่	ไม่มีพื้นที่นี้	วัสดุปูพื้น					
		ปูน(วัสดุเดิม)	ไม้	เสื่อน้ำมัน	กระเบื้อง/โมเสก	กระเบื้องยาง	อื่นๆ (ระบุ)....
1 ห้องนอน							
2 ห้องนั่งเล่น							
3 ห้องครัว							
4 ซานบ้าน/ระเบียง							
5 ห้องน้ำ							
6 โรงจอดรถ							

41.สภาพปัจจุบันมีการปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ประกอบอาคารหรือไม่

☐ ไม่มี เพราะ.....

☐ มี อุปกรณ์อาคารที่ปรับปรุง/เปลี่ยนแปลง คือ (โปรดระบุสาเหตุที่เปลี่ยนด้วย)

☐ ประตู สาเหตุ.....

☐ หน้าต่าง สาเหตุ.....

☐ อุปกรณ์ในห้องน้ำ สาเหตุ.....

☐ สวิตช์/ปลั๊ก สาเหตุ.....

☐ อุปกรณ์พื้นที่ซักล้าง (เช่น ก๊อกน้ำ อ่างล้าง) สาเหตุ.....

42. ขนาดของบ้านของท่านเป็นอย่างไร

☐ ขนาดกว้างใหญ่เกินไป

☐ ขนาดพอดี

☐ ขนาดคับแคบเกินไป

43.ในบ้านของท่านได้รับแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

☐ แสงสว่างมากเกินไป

☐ แสงสว่างพอดี

☐ แสงสว่างไม่เพียงพอ

44.ในบ้านของท่านมีการระบายอากาศดีหรือไม่ อย่างไร

☐ ระบายอากาศดี

☐ ระบายอากาศไม่ดี

45.ในบ้านของท่านมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีกลิ่น

☐ มีกลิ่น

☐ กลิ่นอับ

☐ กลิ่นห้องน้ำ

☐ กลิ่นขยะ

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

/46.ในบ้านของท่าน...

46.ในบ้านของท่านมีเสียงรบกวนหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีเสียงรบกวน

☐ มีเสียงรบกวน

☐ เสียงเครื่องบิน

☐ เสียงเพื่อนบ้าน

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

47.ในบ้านของท่านมีบันไดขึ้น-ลงสะดวกหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่มีบันได

☐ มีบันไดขึ้น-ลงไม่สะดวก

☐ บันไดมีขนาดเล็ก

☐ บันไดแต่ละชั้นมีความสูงมากเกินไป

☐ บันไดมีช่องเปิดโล่ง

☐ บันไดลาดชัน

☐ ไม่มีราวจับบันได

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

48.พื้นที่ใช้สอยของท่านมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

☐ มีความเหมาะสม

☐ ไม่มีความเหมาะสม ในพื้นที่ (โปรดระบุสาเหตุ)

☐ ห้องนอน เพราะ.....

☐ ห้องนั่งเล่น เพราะ.....

☐ ห้องครัว เพราะ.....

☐ ชานบ้าน/ระเบียง เพราะ.....

☐ ห้องน้ำ เพราะ.....

☐ โรงจอดรถ เพราะ.....

☐ ทางเดิน เพราะ.....

☐ พื้นที่รอบบ้าน เพราะ.....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

เพราะ.....

49.พื้นที่ภายนอกบ้านควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่ต้องปรับปรุงใดๆ

☐ ควรปรับปรุงทางเดินให้มีความสะดวกและสวยงาม

☐ เพิ่มหลังคาคลุมกันแดดและฝนตามทางเดิน

☐ เพิ่มต้นไม้ที่ให้ร่มเงา

☐ เพิ่มไม้ประดับที่ให้ความสวยงาม

☐ มีแปลงปลูกต้นไม้/ผักสวนครัว

50.ท่านพบปัญหาในเขตบ้านของท่านหรือไม่ อย่างไร

☐ ไม่พบปัญหา

☐ พบปัญหา

☐ น้ำท่วมขัง

☐ ยุง

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัยภายในและภายนอกบ้าน

หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เป็น ☐ เจ้าของที่ดิน ☐ เจ้าของบ้าน หรือ ☐ สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของที่ดิน/บ้านพักอาศัย
เลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....ซึ่งเกี่ยวพันเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ สามี ☐ ภรรยา ☐ บุตร

☐ หลาน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ของคนพิการ ชื่อ.....นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุง/ก่อสร้างบ้านพักอาศัยในที่ดินดังกล่าวข้างต้นให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุง/ก่อสร้าง บ้านพักอาศัยหลังนี้ในที่ดินดังกล่าวข้างต้น ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม/ปรับปรุง/ก่อสร้าง บ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....

จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุง/ก่อสร้างบ้านพักอาศัยหลังนี้โดยที่ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว

หนังสือรับรองการอยู่อาศัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการเลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น ☐ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ซึ่งอาศัย หรือปฏิบัติหน้าที่ อยู่ในพื้นที่เดียวกันกับคนพิการพักอาศัยอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (ชื่อคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวคนพิการ.....
ซึ่งปัจจุบันคนพิการได้อาศัยอยู่ในที่ดินดังกล่าว เลขที่.....
ตั้งแต่ วัน.....เดือน.....พ.ศ.จริง ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้
เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

☐ ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย/ปรับปรุง เพิ่มเติม/ก่อสร้าง ที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ
เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรประจำตัวผู้ใหญ่บ้าน พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย

- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง..(ระบุส่วนที่จะซ่อมแซม/ปรับปรุง)

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.

สถานที่ดำเนินงาน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด

ผู้ประสานงาน ชื่อ-สกุล.

ตำแหน่ง.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
				หน่วยละ(บาท)	รวม (บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

คำตอบแทน หมายถึง ค่าจ้างเหมาในการซ่อมแซมบ้านหรือสถานที่จัดกิจกรรม โดยให้ถือปฏิบัติตามระเบียบ
สำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายคดีอาญา

สำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม