****

**แบบประเมินการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน**

**ลำดับที่................**

**และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จังหวัดสงขลา**

**ประวัติส่วนบุคคลของผู้รับการประเมิน**

 **1.วันที่ออกประเมิน**.......................................................

 **2.ชื่อ** (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) .............................................. **นามสกุล** ..............................................

 เชื้อชาติ .............................. สัญชาติ ..................................... ศาสนา ...................................................

 **3.เลขที่บัตรประชาชน** □-□□□□-□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.........................

 **4.วัน/เดือน/ปีเกิด** ................................................. อายุ ................ ปี เพศ € ชาย € หญิง

**5.สถานภาพ** □ โสด □ สมรสอยู่ด้วยกัน □ สมรสแยกกันอยู่ □ หย่าร้าง

 □ ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน □ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต □ อื่นๆ..................

 **6.ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

 ชื่อสถานที่.................................................................รหัสประจำบ้าน□□□□-□□□□□□-□

 บ้านเลขที่.............................หมู่ที่..................ตรอก.....................ซอย..............................ถนน........................

 ตำบล/แขวง..............................อำเภอ/เขต.......................จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์...................

 เบอร์โทรศัพท์........................................เบอร์ต่อ...............................โทรสาร..................................................

 **7.ที่อยู่ปัจจุบัน**

 □ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย...............................คน

 (กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน □ และข้ามไปกรอกข้อ 7 )

 ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..............................รหัสประจำบ้าน□□□□-□□□□□□-□

 บ้านเลขที่.............................หมู่ที่..................ตรอก.....................ซอย..............................ถนน........................

 ตำบล/แขวง..............................อำเภอ/เขต.......................อบต.เทศบาล........................
 จังหวัด...........................รหัสไปรษณีย์...................เบอร์โทรศัพท์....................... โทรสาร................................

 **8.ลักษณะที่อยู่อาศัย** □บ้านตนเอง □อาศัยผู้อื่นอยู่ □บ้านเช่า □อยู่กับผู้จ้าง

 □ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง □ชั้นเดียว □สองชั้น ผู้พิการ/ผู้สูงอายุพักชั้น.................

 **9.ลักษณะห้องน้ำ** ราว □ มี □ไม่มี □ชักโครก □ส้วมซึม □ผ้าอ้อม □อื่นๆ...................................

 สภาพที่อยู่อาศัยและความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

 □พื้นบ้าน/หลังคา/บันได

 □ฝาบ้าน/ห้องนอน/ประตู/หน้าต่าง/ระบบไฟฟ้า(สวิตซ์ไฟฟ้า/ปลั๊กไฟ/สายไฟ)

 □ห้องน้ำ/ห้องสุขา

 □ระเบียง/ชานบ้าน

 □อื่นๆ..........................................................................................................................................................

**/10.ประเภท.............**

**-2-**

**10.ประเภทผู้ประสบปัญหา**

 □ ผู้พิการ ประเภทความพิการ .............................

 □ จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ........................ ระดับความพิการ.................

 □ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ

 □ ผู้สูงอายุ

 □ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

 □ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

**11.ระดับการศึกษา**

□ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา □ประถมศึกษา □มัธยมศึกษา

 □ มัธยมศึกษาตอนปลาย □ปวช./เทียบเท่า □ปวส./อนุปริญญา/เทียบเท่า

 □ ปริญญาตรี □สูงกว่าปริญญาตรี □ อื่นๆ(ระบุ)

**12.อาชีพ**

 □ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน □ นักเรียน/นักศึกษา □ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว □ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี

 □ เกษตรกร(ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) □ รับจ้าง □ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

 □ พนักงานรัฐวิสาหกิจ □ พนักงานบริษัท □ อื่นๆ ระบุ ..........................................

 **13.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน**....................................บาท **ที่มาของรายได้**  □ด้วยตนเอง □ผู้อื่นให้

 **14.ชื่อที่สามารถติดตาอได้**.....................................ความเกี่ยวข้อง.....................เบอร์โทรศัพท์....................

 **15.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ**

 **อุปกรณ์/เครื่องช่วย/ที่เคยได้รับ**

 1..............................................จาก....................................................จำนวน...................................ชิ้น

 2..............................................จาก....................................................จำนวน...................................ชิ้น

 3..............................................จาก....................................................จำนวน...................................ชิ้น

**ความคิดเห็นของคณะทำงานประเมินฯ**

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

ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน

 (.................................................) (.................................................)

ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน

 (.................................................) (.................................................)

ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน

 (.................................................) (.................................................)

ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน

 (.................................................) (.................................................)

ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน ลงชื่อ.................................................คณะทำงาน

 (.................................................) (.................................................)