****

**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

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