

**แบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน   
และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง**

**ประวัติบุคคล**

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

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

**2.เลขที่บัตรประชาชน** □-□□□□-□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.........................

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

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

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

**5.ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

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

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

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

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

**6.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........................

**7.สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ชื่อ-สกุล** | **อายุ** | **เกี่ยวข้องเป็น** | **อาชีพ** | **รายได้(บ/ด)** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**/8.ลักษณะ..........**

**-2-**

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

สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**9.ประเภทผู้ประสบภัยปัญหา**

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

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

□ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ

□ ผู้สูงอายุ

□ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

□ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

**10.ระดับการศึกษา**

□ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา □ประถมศึกษา □มัธยมศึกษา

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

□ ปริญญาตรี □สูงกว่าปริญญาตรี □ อื่นๆ(ระบุ)

**11.อาชีพ**

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

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

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

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

**13.ชื่อที่สามารถติดตาอได้**.....................................ความเกี่ยวข้อง.....................เบอร์โทรศัพท์....................

**14.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ**

**อุปกรณ์/เครื่องช่วย/ที่เคยได้รับ**

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

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

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

**15.สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ**

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

□ไม่มีที่อยู่อาศัย □ไม่มีรายได้ □รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น □ถูกรักเกียจเหยียดหยาม

□ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ □ครอบครั้วหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน

□ไม่มีโอกาสได้เรียนหนังสือ □ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ □ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ

□มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการประกอบอาชีพ □ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้อุปการะ □เงินไม่พอใช้จ่าย

**/มีความลำบาก.......**

**-3-**

□มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน □ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

□ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม □ไม่มีผู้อุปการะไร้ที่พึ่ง

□ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน □ไม่มีงานทำ

□ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน □ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง □ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

**16.ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง**

□พื้นบ้าน/หลังคา/บันได

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

□ห้องน้ำ/ห้องสุขา

□ระเบียง/ชานบ้าน

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

**การตรวจประเมินการปรับสภาพ**

ตรวจประเมินวันที่.................................................................

ชื่อ – นามสกุลเจ้าหน้าที่......................................................ตำแหน่ง..........................................................

หน่วยงาน.....................................................................................................................................................

ลงชื่อ....................................................ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน)

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

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

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

ลงชื่อ....................................................ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำ รพ.สต./โรงพยาบาล)

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

ลงชื่อ....................................................ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ รพ.สต./โรงพยาบาล)

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