



แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

.....

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชนกรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

๔. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง ไม่ได้สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

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

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน
(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน และข้ามไปกรอกข้อ ๗)
ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

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

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านตนเอง อาศัยผู้อื่นอยู่ บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....
- จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....
- ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ
- ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./เทียบเท่า
- ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่น (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
- เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆระบุ.....

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วยที่เคยได้รับ

- ๑.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๒.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น
- ๓.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
- มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

- มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- เงินไม่พอใช้จ่าย ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีงานทำ
- ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

**ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน (อบต./เทศบาล).....

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

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

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)
(.....)



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เป็น () เจ้าของบ้าน หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....

ของคนพิการ ชื่อ นั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวมีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มีสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้น ในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนบเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว



แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน (อบต./เทศบาล).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

| ที่ | รายการ | จำนวน | ค่าวัสดุ | | หมายเหตุ |
|-----|--------|-------|--------------|----------|----------|
| | | | หน่วยละ(บาท) | รวม(บาท) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

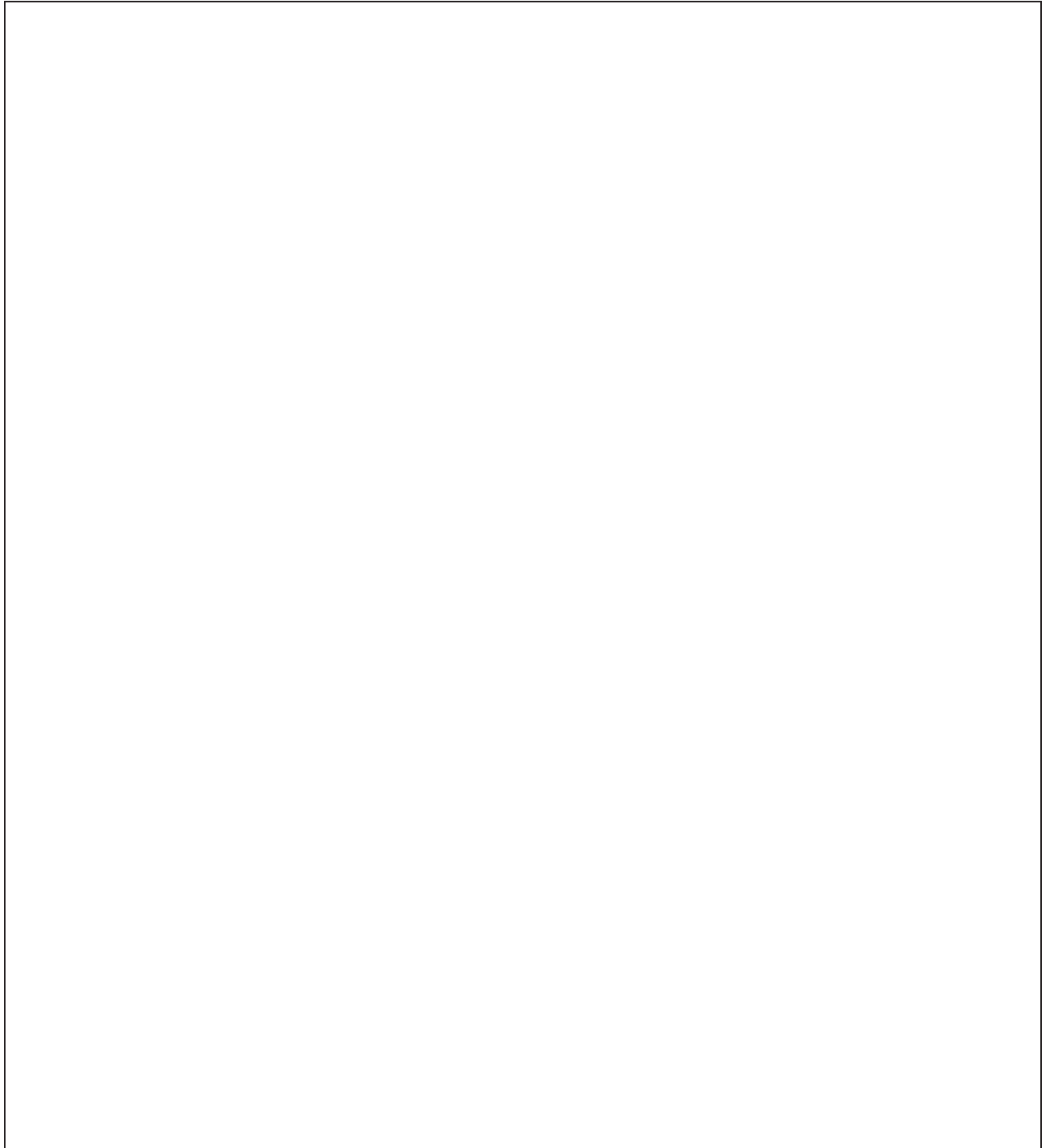
ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

เอกสารหลักฐานประกอบการจัดสภาพแวดล้อม

๑. แบบคำขอปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ชุด
๕. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน ๑ ชุด
๖. หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ ๑ชุด
(* กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แบ่งที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เช่นในหนังสือยินยอม พร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิตแล้วก็ให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย)
๗. แบบประมาณการค่าใช้จ่าย
๘. แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย



ภาพถ่ายที่ต้องการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย
ประกอบการพิจารณาการขอรับการสนับสนุน





แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดสระบุรี

| ที่ | ชื่อ-สกุล / เลขประจำตัวคนพิการ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | ประเภทความพิการ | รายละเอียดการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | งบประมาณ (บาท) | |
|-----|--------------------------------|-----------|---------|-----------------|--|----------------|----------|
| | | | | | | ที่ได้รับ | เบิกจ่าย |
| | | | | | | | |

***หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รีบดำเนินการรายงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จังหวัดสระบุรีทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ก่อน ขณะ และหลัง การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย



ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการ และภาพถ่ายหลังดำเนินการ

ภาพก่อนดำเนินการ

ภาพระหว่างดำเนินการ

ภาพหลังดำเนินการ