



แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

.....

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.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 (บาท/เดือน)	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 ☐ ฤกษ์/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 ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบ อาชีพ

☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

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

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

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

๑๗. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

ความคิดเห็นของ หน่วยงานสาธารณสุข

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

เนื่องจาก

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

ความคิดเห็นของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ.....

☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

เนื่องจาก

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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



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.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิมีสาเหตุสุติวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้น ในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

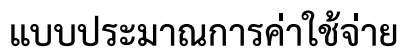
(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัยและคนพิการในครอบครัว



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 (ถ้ามี)
 ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
 ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
 ๕. ภาพถ่ายสภาพบ้าน หรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน ๑ ชุด
 ๖. หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ ๑ ชุด
- (** กรณีเจ้าของที่ดินเสียชีวิต และยังไม่มีการโอน แยกที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามีเจ้าที่ดิน เซ็นในหนังสือยินยอม พร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ภรรยา/สามีคนใดเสียชีวิต แล้วยกให้แนบสำเนาใบมรณะบัตรด้วย)
๗. แบบประมาณการค่าใช้จ่าย



ภาพถ่ายที่ต้องการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย
ประกอบการพิจารณาการขอรับการสนับสนุน



(แบบรายงานผลการดำเนินงาน)

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ

ผู้สูงอายุ และผู้ที่ป่วยอยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

รายงาน ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน.....บาท

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ในการดำเนินงานโครงการ..... บาท

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ..... บาท (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ได้เริ่มดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

๓.๒ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ขอส่งสรุปรายงานการใช้จ่ายเงิน จำนวน ฉบับ

๓.๓ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ขอส่งงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน บาท

คืนมาพร้อมหนังสือนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

๔. ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้

เนื่องจาก

.....

จึงขอส่งเงินคืน จำนวน บาท (.....) มาพร้อม

หนังสือนี้

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

สรุปค่าใช้จ่าย
ที่ได้ดำเนินงานตามโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
และผู้ที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยงาน

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		
๙.		
๑๐.		
รวม		

(ตัวอักษร) (.....)



ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการ และภาพถ่ายหลังดำเนินการ

ภาพก่อนดำเนินการ

ภาพระหว่างดำเนินการ

ภาพหลังดำเนินการ

