



ส่วนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลการส่งซ่อมกายอุปกรณ์
ศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

แบบบันทึกข้อมูลการส่งซ่อมกายอุปกรณ์ ศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ลำดับที่.....

วันที่ส่งซ่อม...../...../.....

วันที่รับคืน...../...../.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชนิดอุปกรณ์ที่ส่งซ่อม ○ รถเข็นนั่งมาตรฐาน ○ รถสามล้อโยก ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

รายการที่ซ่อม ○ ล้อหน้า ○ เปลี่ยนยาง ○ เบาะรองนั่ง ○ ที่พักแขน

○ ที่พักเท้า ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งซ่อม)

ลงชื่อ.....(ผู้รับซ่อม)

(.....)

(.....)



ส่วนที่ 2

แบบบันทึกข้อมูลการส่งซ่อมกายอุปกรณ์ ศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ลำดับที่.....

วันที่ส่งซ่อม...../...../.....

วันที่รับคืน...../...../.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สิทธิการรักษาพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชนิดอุปกรณ์ที่ส่งซ่อม ○ รถเข็นนั่งมาตรฐาน ○ รถสามล้อโยก ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

รายการที่ซ่อม ○ ล้อหน้า ○ เปลี่ยนยาง ○ เบาะรองนั่ง ○ ที่พักแขน

○ ที่พักเท้า ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งซ่อม)

ลงชื่อ.....(ผู้รับซ่อม)

(.....)

(.....)



เลขที่ใบส่งซ่อม...../.....

วันที่ส่งซ่อม...../...../.....

วันที่ส่งคืน...../...../.....

แบบคำขอส่งซ่อมกายอุปกรณ์
ศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

๑) ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ติดต่อขอรับการสนับสนุนโดย ☐ คนพิการ ☐ ผู้ยื่นคำขอแทน

กรณีผู้ยื่นคำขอแทน/ผู้ดูแล เกี่ยวข้องเป็น.....

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

๒) ประเภทกลุ่มเป้าหมาย

- ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน
☐ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๓) การวินิจฉัยโรค

- ☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ☐ โรคข้อเข่าเสื่อม
☐ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic brain injury) ☐ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (OPD CKD HT DM)
☐ โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก ☐ โรคปวดหลังเรื้อรัง ☐ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๔) มีความประสงค์จะขอส่งซ่อมกายอุปกรณ์ ประเภท

- ☐ รถเข็นนั่งมาตรฐาน ☐ รถสามล้อโยก ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

๕) รายการซ่อม

- ☐ ล้อหน้า ☐ เปลี่ยนยาง ☐ เบาะรองนั่ง ☐ ที่พนักแขน
☐ ที่พนักเท้า ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งแบบคำขอ)

(.....)

วันที่...../...../.....

ระยะเวลาการส่งซ่อมขึ้นอยู่กับสภาพความชำรุดเสียหายของกายอุปกรณ์ โดยมีระยะเวลาการซ่อมไม่เกิน 7 วัน (หากใช้เวลาเกินกว่ากำหนดเจ้าหน้าที่จะแจ้งความคืบหน้าให้ทราบเป็นระยะ) หากมีข้อสงสัยหรือสอบถามเพิ่มเติม ติดต่อเจ้าหน้าที่ หมายเลขโทรศัพท์ 036 - 699388 ต่อ 903,036 - 699387

หลักฐานประกอบการขอรับสนับสนุนฯ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล) ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ รูปถ่ายผู้ป่วยจำนวน 1 รูป
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสิงห์บุรี

ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ แล้วปรากฏว่า

- ☐ สามารถดำเนินการซ่อมแซมได้
- ☐ ไม่สามารถดำเนินการซ่อมแซมได้ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

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

(นายศุภวัฒน์ เทียนถาวร)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ภาพก่อนส่งซ่อม



ภาพหลังส่งซ่อม



ลงชื่อ.....(ผู้รับรถ)

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับซ่อม)

(.....)

วันที่...../...../.....