



แบบคำขอให้มีการปรับเปลี่ยนโศกฤษณ์แบบนึ่งยอง เป็นนึ่งราบแบบราบน้ำ พร้อมติดตั้งราวจับ
ให้แก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
โครงการสิ่งก่อสร้างสุข ลุกนึ่งสบาย

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....

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

๒. เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

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

๔. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐

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

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

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อาศัย.....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 (ปี)	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

/๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย...

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

.....

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

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

๑๐. โรคประจำตัว.....

๑๑. ระดับการศึกษา

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

๑๒. อาชีพ

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | ☐ นักเรียน/นักศึกษา | ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | ☐ ฤิกษุ/สามเณร/แม่ชี |
| ☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) | ☐ รับจ้าง | ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | |
| ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | ☐ พนักงานบริษัท | ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

๑๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

๑๔. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๕. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

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

๑๖. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย

☐ ไม่มีรายได้

☐

รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น

.. ☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ ☐ ครอบครัวหรือผู้ประกอบการมีฐานะยากจน

.. ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ ☐ ไม่มีเงินกองทุนประกอบอาชีพ

☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ ไม่มีผู้ประกอบการเลี้ยงดู ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน

☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม

☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

☐ เงินไม่พอใช้จ่าย

☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง

☐ ไม่มีงานทำ

☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง

☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๗. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ เปลี่ยนโถสุขภัณฑ์แบบนั่งยองเป็นนั่งราบ แบบราดน้ำ

☐ รววจับ

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

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

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่ อปท.ที่รับผิดชอบ)

(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง
เฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาล
หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพสต.)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของอปท.)

(.....)